Perspectives canadiennes sur la santé

Rapport annuel 1983-2004

Canada

« Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé. »

Santé Canada

This document is also available in English under the following title:
Canada Health Act Annual Report 2003-2004

Préparé par :
Santé Canada
Direction générale de la politique de la santé
Division de la Loi canadienne sur la santé

Pour joindre la Division de la Loi canadienne sur la santé :
Visitez notre site Web : http://www.hc-sc.gc.ca/medicare
Par courriel : medicare_hc@hc-sc.gc.ca
Écrivez-nous à l'adresse suivante :
Division de la Loi canadienne sur la santé
0908 Édifice Brooke-Claxton
Pré Tunney
Ottawa, ON K1A 0K9
Canada

Pour obtenir des copies supplémentaires de cette publication, veuillez communiquez avec le Centre de distribution de Santé Canada :
Centre de distribution de Santé Canada
0900C2 Edifice Brooke-Claxton
Pré Tunney
Ottawa, ON K1A 0K9
Canada

Téléphone : (613) 954-5995
Télécopieur : (613) 941-5366
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

Ce document est également disponible sur le site Web de Santé Canada à l'adresse suivante :
http://www.hc-sc.gc.ca/medicare

Les coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux sont présentées à la fin de ce rapport.

La présente publication peut être produite en format électronique ou en gros caractères sur demande.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada (2005)

Loi canadienne sur la santé – Rapport annuel 2003-2004
Cat. : H1-4/2004F
ISBN : 0-662-77437-X
No. de publication : 1231

105-04480/

Minister of Health | Ministre de la Santé

The Honourable/L'honorable Ujjal Dosanjh
Ottawa, Canada K1A 0K9

décembre 2004

Son Excellence la très honorable Adrienne Clarkson,
Gouverneure générale et Commandante en chef du Canada

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2004.

Je vous prie d'agréer, Madame la Gouverneure générale, l'assurance de mon profond respect.

Ujjal Dosanjh

Canada

Préface

Je dépose le rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* dans le contexte d'une année où de grands progrès ont été réalisés pour renforcer notre système de santé afin qu'il soit plus solide et plus dynamique pour le bénéfice de tous les Canadiens et Canadiennes.

Le 16 septembre 2004, tous les premiers ministres se sont rassemblés pour conclure un accord historique – le Plan décennal pour consolider les soins de santé. Ce plan bénéficie de l'appui de tous les partis et transcende les frontières provinciales. Il constitue une réponse véritablement nationale à une priorité nationale et il nous positionne fermement pour que nous puissions assurer la pérennité de nos soins de santé afin qu'ils soient durables pour de nombreuses années à venir.

Le plan d'action réaffirme l'engagement des divers intervenants à respecter les principes de la *Loi canadienne sur la santé* : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Cet engagement est plus qu'une simple formalité – il s'agit d'un appui ferme du système de soins de santé financé par l'État sur lequel s'appuient les Canadiens et Canadiennes et auquel ils croient profondément.

En réaffirmant que l'accès aux soins de santé assurés médicalement nécessaires doit être basé sur les besoins de sa population et non sur sa capacité de payer, les premiers ministres ont envoyé un message très clair selon lequel notre pays n'a pas l'intention d'établir un système de santé pour les riches et un autre pour le reste de la population.

Le plan d'action engage toutes les parties à travailler ensemble, tant à l'échelle des diverses administrations, que du pays. En mettant l'accent sur la collaboration parmi tous les gouvernements, les premiers ministres ont précisé leur intention de travailler ensemble à l'atteinte de buts communs; de se battre en faveur de l'assurance-maladie, et non de se quereller à son sujet.

L'établissement de ce plan d'action est assorti à l'injection de nouveaux fonds par le gouvernement du Canada. Quelque 41 milliards de dollars seront investis au cours des 10 prochaines années pour répondre aux recommandations relatives au financement contenues dans le Rapport Romanow et pour assurer l'accès en temps opportun à des soins de qualité pour tous les Canadiens et Canadiennes.

Le système de santé du Canada est le reflet des valeurs que nous prônons en tant que nation et de l'engagement que nous avons pris les uns envers les autres en tant que citoyens.

En fournissant l'accès aux soins de santé grâce à un système à payeur unique, les Canadiens et Canadiennes ont pris la décision consciente et délibérée de faire des soins de santé un droit fondamental pour tous, et non un privilège pour certains d'entre eux. Ce choix collectif est officiellement reflété dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Le 17 avril 2004 a marqué le 20e anniversaire de la *Loi canadienne sur la santé*. Depuis son adoption unanime par le Parlement en 1984, cette Loi a servi de charte de l'assurance-maladie, défendant les principes clés tout en fournissant aux provinces la souplesse dont elles ont besoin pour innover et respecter leurs propres priorités. Cette Loi nous a bien servis et demeure la pierre angulaire de valeurs partagées.

Bien que tous les gouvernements aient la responsabilité de respecter les principes de la *Loi canadienne sur la santé*, il appartient au gouvernement fédéral d'assurer le respect de ces principes. En tant que ministre de la santé, je me dois de faire respecter la Loi et je m'appliquerai à faire en sorte que tous les Canadiens et Canadiennes profitent des avantages de l'assurance-maladie.

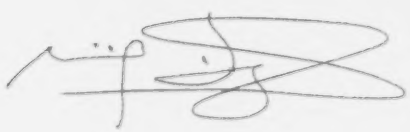
Chaque fois que des personnes peuvent payer pour avoir un accès plus rapide à des services hospitaliers ou à des services médicaux jugés médicalement nécessaires, ou qu'elles doivent payer pour accéder à ces services, les principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé* s'en trouvent menacés. L'accès aux services de santé assurés offerts par notre système public de soins de santé doit reposer sur le besoin plutôt que sur la capacité de payer.

Comme le démontre le chapitre 2 du présent rapport, certaines questions demeurent en ce qui concerne la conformité des provinces aux principes de la Loi. Par exemple, au sein de certaines administrations, la protection d'assurance complète n'est pas offerte pour tous les services médicalement nécessaires dispensés dans les cliniques. Alors que cette question et certaines autres s'avèrent préoccupantes, je suis persuadé qu'elles pourront être résolues.

Lorsque de telles questions se présentent, l'approche que je préconise consiste à essayer de régler ces questions avec la province ou le territoire concerné dans un esprit de bonne volonté et d'ouverture. Les conflits peuvent être examinés au moyen du processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé* approuvé en 2002, et officialisé par les premiers ministres en septembre 2004. Ce processus permet à toutes les parties de présenter une question à un groupe d'experts indépendants qui examineront la situation et formuleront des recommandations.

Alors qu'il appartient au ministre de la Santé de faire respecter et d'appliquer la Loi, je pense que faire appel à des experts indépendants dans le cas de mésententes à propos de l'interprétation de la Loi assure une application de celle-ci beaucoup plus transparente et impartiale.

En tant que Ministre, je suis convaincu que la plupart des plans d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux répondent aux critères et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*. Je me réjouis à l'idée de travailler avec tous mes collègues afin de renforcer un système de santé qui nous définit comme une grande nation.



Ujjal Dosanjh
Ministre de la Santé

Remerciements

Santé Canada tient à souligner le travail et les efforts qui ont été investis dans la production du présent rapport annuel. Le dévouement et la diligence des ministères de la Santé énumérés ci-dessous, et de leur personnel, auront permis de présenter le présent rapport sur l'administration et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*.

Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador
Ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Île-du-Prince-Édouard
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Ministère de la Santé du Manitoba
Ministère de la Santé de la Saskatchewan
Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta
Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Yukon
Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest
Ministère de la Santé et des Services sociaux de Nunavut

Nous désirons souligner également le travail considérable réalisé par l'équipe de production : le personnel de l'unité de l'éditique, les services de traduction, de révision et de concordance, ainsi que le personnel de Santé Canada, à l'Administration centrale et dans les bureaux régionaux.

Table des matières

Préface iii

Remerciements v

Introduction 1

Chapitre1 – Aperçu de la Loi canadienne sur la santé 3

Chapitre 2 – Administration et conformité 11

Chapitre 3 – Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux en 2003-2004 27

- Terre-Neuve-et-Labrador 31
- Île-du-Prince-Édouard 51
- Nouvelle-Écosse 71
- Nouveau-Brunswick 89
- Québec 109
- Ontario 117
- Manitoba 135
- Saskatchewan 155
- Alberta 179
- Colombie-Britannique 191
- Yukon 215
- Territoires du Nord-Ouest 237
- Nunavut 251

Annexe A – Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs 265

Annexe B – Énoncés de politiques liées à la Loi canadienne sur la santé 289

Annexe C – Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé 301

Annexe D – Documents concernant le système de santé canadien 307

Annexe E – Lexique des termes utilisés dans le présent rapport 315

Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé ..... à la fin de ce Rapport

Introduction

Les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont la pierre angulaire du système de soins de santé canadien et témoignent des valeurs qui ont inspiré le système canadien de soins de santé à payeur unique financé par l'État. Cette loi, adoptée à l'unanimité par le Parlement en 1984, atteste de l'engagement du gouvernement fédéral à maintenir un système d'assurance-santé fondé sur l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité, la transférabilité et la gestion publique. La *Loi canadienne sur la santé* a pour but de veiller à ce que tous les résidents du Canada aient accès aux services hospitaliers et médicaux nécessaires sans avoir à débourser directement pour ces services . La *Loi canadienne sur la santé* définit les conditions d'octroi et les conditions de versement que les provinces et les territoires doivent respecter pour recevoir la totalité des contributions pécuniaires dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Depuis le 1er avril 2004, la contribution pécuniaire est payée en vertu du Transfert canadien en matière de santé.

Le présent rapport est produit conformément aux exigences énoncées à l'article 23 de la *Loi canadienne sur la santé*, à savoir :

> « Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement. »

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, le ministre fédéral de la Santé doit fournir des renseignements sur le fonctionnement des régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires notamment en ce qui a trait au respect des conditions d'octroi et de versement énoncées dans la loi. La collecte de ces renseignements s'est fait sous le signe de la collaboration : les provinces, les territoires et le gouvernement fédéral ont conjugué leurs efforts pour fournir l'information dont le ministre fédéral de la Santé a besoin.

Le chapitre 1 donne un aperçu de la *Loi canadienne sur la santé* et la réglementation et des politiques connexes qui sont utilisées dans le cadre de l'administration de la loi. Le chapitre 2 porte sur l'administration de la *Loi canadienne sur la santé* au cours de l'exercice 2003-2004, et comprend un résumé des questions traitées concernant la conformité et les retenues effectuées. Le chapitre 3 présente des descriptions des régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires, incluant des données statistiques pour chaque province et territoire sur les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés. Des annexes sont également jointes au rapport et fournissent des renseignements supplémentaires concernant l'administration de la loi et du système canadien de soins de santé.

Un exemplaire de la *Loi canadienne sur la santé* et son règlement (consolidation non officielle en juin 2001) figurent dans l'annexe A. L'annexe B présente des exemplaires de deux énoncés de principes clés qui clarifient l'interprétation fédérale des conditions d'octroi et de versement de la *Loi canadienne sur la santé*. L'annexe C présente une description du Processus de prévention et de règlement des différends qui est entré en vigueur au cours de l'année 2002. L'annexe D présente des documents qui soutiennent les descriptions des régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires. L'annexe E est un lexique des termes utilisés dans le présent rapport. A l'intérieur de la couverture arrière, vous trouverez les coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé.

Chapitre1 – Aperçu de la Loi canadienne sur la santé

« Au départ, les principes de la *Loi canadienne sur la santé* n'étaient que de simples conditions liées au financement de l'assurance-santé par le gouvernement fédéral. Au fil des ans, ce concept s'est grandement élargi. Aujourd'hui, ces principes représentent aussi bien les valeurs qui sous-tendent le système de santé que les conditions imposées par les gouvernements pour le financement public d'un système national de santé. Les principes ont résisté à l'épreuve du temps et correspondent toujours aux valeurs de la population canadienne. »

(Roy J. Romanow, C.R. novembre 2002)

Dans le présent chapitre, la *Loi canadienne sur la santé*, ses exigences et principales définitions sont abordées. Y sont également décrits les règlements et les dispositions réglementaires de la *Loi canadienne sur la santé*, ainsi que les énoncés de politique que d'anciens ministres fédéraux de la Santé, l'honorable Jake Epp et l'honorable Diane Marleau, adressaient à leurs homologues provinciaux et territoriaux et qui sont utilisés dans l'interprétation et l'application de la loi.

Qu'est-ce que la Loi canadienne sur la santé?

La *Loi canadienne sur la santé* (LCS ou la loi) est la loi fédérale qui régit l'assurance-santé.

La loi présente l'objectif principal de la politique canadienne des soins de santé qui consiste à protéger, à promouvoir et à rétablir le bien-être physique et mental des résidents du Canada, et à leur donner, dans des conditions raisonnables, accès aux services de santé, sans que des obstacles financiers ou d'un autre ordre s'y opposent.

La loi établit les conditions d'octroi et de versement applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé que doivent respecter les provinces et les territoires pour avoir droit au versement intégral de la contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

La loi a pour objet de veiller à ce que tous les résidents admissibles du Canada aient, selon des conditions raisonnables, accès aux services assurés qui sont médicalement nécessaires sans avoir à débourser directement pour ces services au point de service.

Principales définitions de la LCS

Les **personnes assurées** sont les résidents admissibles d'une province ou d'un territoire. Au sens de la loi, un résident est une « personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province ».

Les personnes non visées par la loi sont les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral.

Les **services de santé assurés** sont les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie

dentaire médicalement nécessaires qui sont fournis aux personnes assurées.

Aux termes de la LCS, les **services hospitaliers assurés** désignent les services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital à des malades hospitalisés ou externes, tels que l'hébergement régulier ou en salle commune et les repas et l'hébergement à supplément s'il est jugé médicalement nécessaire; les services infirmiers; les procédures de laboratoire, les procédures radiologiques ou d'autres procédures de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital; l'utilisation des salles d'opération, des chambres d'attente avant l'accouchement et des installations d'anesthésie, y compris le matériel et les fournitures nécessaires; les fournitures et le matériel médicaux et chirurgicaux; l'utilisation des installations de radiothérapie; l'utilisation des installations de physiothérapie; ainsi que les services fournis par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital, ce qui ne comprend pas les services exclus en vertu des règlements.

Au sens de la loi, les **services médicaux assurés** sont les « services médicalement nécessaires fournis par un médecin ». Les services médicalement nécessaires sont généralement déterminés conjointement par les médecins et par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Les **services de chirurgie dentaire** sont les services fournis par un dentiste dans un hôpital et qui ne peuvent être offerts convenablement que dans un tel établissement.

Les **services complémentaires de santé** visés par la LCS comprennent les services de soins de longue durée en établissement (les soins intermédiaires en maison de repos et les soins en établissement pour adultes) et les composantes « santé » des soins à domicile et des soins ambulatoires.

Exigences de la Loi canadienne sur la santé

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les provinces et territoires doivent satisfaire à neuf exigences pour avoir droit au versement intégral de la contribution pécuniaire du gouvernement fédéral. Ces neuf exigences sont les suivantes :

- ☐ cinq conditions d'octroi s'appliquant uniquement aux services de santé assurés;
- ☐ deux conditions de versement s'appliquant aux services de santé assurés et aux services complémentaires;
- ☐ des dispositions touchant la surfacturation et les frais modérateurs, qui s'appliquent uniquement aux services de santé assurés.

Conditions d'octroi

1. Gestion publique (article 8 de la LCS)

   Le critère relatif à la gestion publique, défini à l'article 8 de la LCS, s'applique aux régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires. Ce critère vise à assurer que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux sont gérés par une autorité publique sans but lucratif relevant du gouvernement provincial ou territorial pour les décisions concernant les niveaux de services et les services eux-mêmes, et assujettie à la vérification publique de ses comptes et de ses opérations financières.

2. Intégralité (article 9)

   Le critère d'intégralité de la LCS exige que le régime provincial ou territorial d'assurance-santé couvre tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes (c.-à-d. les services de chirurgie dentaire qui doivent être assurés dans un hôpital) et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

3. Universalité (article 10)

   En vertu du critère d'universalité, tous les résidents assurés de la province ou du territoire ont droit aux services de santé assurés offerts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial selon des modalités uniformes. Les provinces et territoires exigent généralement que les résidents s'inscrivent au régime pour être admissibles aux services offerts.

   Les nouveaux arrivants au Canada, tels que les résidents permanents et les Canadiens et les Canadiennes qui rentrent au pays après avoir séjourné dans d'autres pays, peuvent être assujettis à un délai d'au plus trois mois avant d'être admissibles ou d'avoir droit aux services de santé assurés.

4. Transférabilité (article 11)

   Les résidents qui déménagent dans une autre province ou un autre territoire continuent d'être protégés par le régime de leur province ou territoire « d'origine » pendant la période d'attente minimale imposée par le régime de la nouvelle province ou du nouveau territoire de résidence. Le délai d'admissibilité à un régime d'assurance-santé provincial ou territorial ne doit pas excéder trois mois. Après ce délai, la nouvelle province ou le nouveau territoire de résidence assume la couverture des soins de santé.

   Les résidents qui sont temporairement absents de leur province, de leur territoire ou du Canada doivent continuer d'être couverts pour les services de santé assurés pendant leur absence. Ainsi, les personnes peuvent voyager ou s'absenter de leur province ou de leur territoire d'origine dans des limites prescrites, tout en étant assurées par leur régime d'assurance-santé.

   La transférabilité n'autorise pas une personne à obtenir des services dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays. Elle a plutôt pour objet de permettre l'admissibilité d'une personne aux services nécessaires en cas de besoin urgent ou nouveau lorsque celle-ci est absente temporairement, par exemple pour des raisons d'affaires ou pour des vacances.

   Lorsque des personnes assurées sont temporairement absentes parce qu'elles sont dans une autre province ou un autre territoire, le critère de transférabilité requiert que les services assurés soient payés selon les tarifs de la province d'accueil. Si des personnes assurées sont temporairement absentes du pays, les services assurés doivent être payés selon les tarifs prévus dans la province d'origine.

   Pour que la protection s'étende à certains services électifs (non urgents), un résident d'une province ou d'un territoire qui est temporairement absent peut être tenu d'obtenir l'approbation préalable du régime d'assurance-santé de sa province ou de son territoire.

5. Accessibilité (article 12)

   Le critère d'accessibilité vise à assurer l'accès raisonnable pour les résidents d'une province ou d'un territoire aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie buccale assurés, selon des modalités uniformes et sans qu'il soit restreint, directement ou indirectement, par des frais modérateurs, une surfacturation ou d'autres moyens (p. ex. la discrimination fondée sur l'âge, l'état de santé ou la situation financière). De plus, les régimes d'assurance-santé de la province ou du territoire doivent prévoir :

   - ☐ la rémunération raisonnable des médecins et des dentistes pour tous les services de santé assurés qu'ils fournissent;
   - ☐ le versement aux hôpitaux de montants destinés à défrayer les services de santé assurés.

Aux termes de la LCS, l'accès raisonnable sur le plan de la disponibilité physique des services médicalement nécessaires doit être interprété selon la règle « du lieu où les services sont offerts et de leur disponibilité ». Ainsi, les résidents d'une province ou d'un territoire ont droit à un accès aux services de santé assurés là où les services sont

offerts et selon la disponibilité de ces services, selon des modalités uniformes.

Conditions de versement

1. *Renseignements (article 13(a))* – Aux fins de la loi, les administrations provinciales et territoriales sont tenues de communiquer au ministre de la Santé, selon des modalités raisonnables, des renseignements touchant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé.
2. *Reconnaissance (article 13(b))* – Les administrations provinciales et territoriales doivent faire état de la contribution fédérale aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé.

Surfacturation et frais modérateurs

Les dispositions de la loi qui découragent la surfacturation et les frais modérateurs pour les services de santé assurés dans une province ou un territoire sont édictées aux articles 18 à 21. S'il est établi qu'une province ou un territoire permet la surfacturation ou les frais modérateurs, une retenue doit être faite en vertu de la loi à même le transfert fédéral en espèces à cette province ou à ce territoire. Le montant de la retenue pour un exercice est déterminé par le ministre fédéral de la Santé en fonction des renseignements fournis par la province ou le territoire conformement au Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs décrit ci-dessous.

Surfacturation (article 18)

La LCS définit la surfacturation comme la facturation de la prestation d'un service de santé assuré à une personne assurée par un médecin ou un dentiste (c.-à-d. un chirurgien dentiste qui offre des services de santé assurés dans un milieu hospitalier), en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial ou territorial d'assurance-santé. Si, par exemple, un médecin demandait une somme donnée à ses patients pour une consultation déjà couverte par un régime provincial ou territorial d'assurance-santé, la somme demandée constituerait une surfacturation. La surfacturation est perçue comme un obstacle ou une entrave pour les personnes qui ont besoin de soins médicaux; elle contrevient donc au critère d'accessibilité.

Frais modérateurs (article 19)

La loi définit les frais modérateurs comme tous les frais pour un service de santé assuré qui sont permis par un régime provincial ou territorial d'assurance-santé mais que ce dernier ne rembourse pas, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Si, par exemple, un patient se voyait imposer des frais pour avoir reçu un service assuré d'un centre hospitalier ou d'une clinique, ces frais seraient considérés comme étant des frais modérateurs. Les frais modérateurs ne sont pas permis en vertu de la loi, et comme la surfacturation, ils constituent un obstacle à l'accès.

Autres éléments de la loi

Règlement (article 22)

L'article 22 de la LCS permet au gouvernement fédéral d'édicter des règlements en application de la loi dans les secteurs suivants :

- définir les services visés par la définition de « services complémentaires de santé » de la LCS;
- déterminer les services exclus des services hospitaliers;
- déterminer le genre de renseignements que le ministre fédéral de la Santé peut raisonnablement demander d'une province ou d'un territoire afin de recevoir un transfert fédéral complet;
- prévoir la façon dont les provinces et les territoires doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans leurs documents, leurs publicités ou leur matériel promotionnel.

Le seul règlement passé en application de la loi est le Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs, qui exige que les provinces et les territoires fournissent des prévisions des montants surfacturés et des frais modérateurs avant le début de l'exercice de sorte que les pénalités applicables puissent être imposées. Selon ce règlement, ils doivent aussi fournir les états financiers indiquant les montants réellement facturés de sorte que les rapprochements avec les retenues réelles puissent être faits. (Une copie du Règlement figure à l'annexe A).

Pénalités imposées en vertu de la Loi canadienne sur la santé

Pénalités obligatoires

En vertu de la loi, les provinces et territoires qui autorisent la surfacturation et les frais modérateurs s'exposent à une retenue obligatoire d'un montant équivalent sur leurs paiements de transfert fédéraux au titre du TCSPS (Transfert canadien en matière de santé depuis le 1er avril 2004). Par exemple, si l'on déterminait qu'une province a autorisé les médecins à pratiquer la surfacturation pour un montant total de 500 000 $, ce montant serait retenu sur les paiements de transfert fédéraux versés à cette province.

Pénalités discrétionnaires

Les provinces ou territoires qui ne satisfont pas aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement énoncées dans la LCS peuvent se voir imposer des pénalités discrétionnaires. Les montants de ces retenues des paiements de transfert au titre du TCSPS sont établis en fonction de la gravité du défaut.

Avant d'imposer toute pénalité discrétionnaire, la LCS prévoit un processus de consultation qui doit être entrepris avec la province ou le territoire visé. Les dispositions touchant les pénalités discrétionnaires prévues par la loi n'ont pas été appliquées jusqu'ici.

Personnes et services exclus

Bien que la LCS requière que les services de santé assurés soient offerts aux personnes assurées dans le respect des critères et des conditions édictés dans la loi, ce ne sont pas tous les résidents du Canada ni tous les services de santé qui sont couverts par la loi. Deux catégories de services sont exclues des services assurés :

- ☐ les services qui ne correspondent pas à la définition des services de soins de santé assurés;
- ☐ certains groupes de personnes et services sont exclus des définitions concernant les personnes et les services assurés.

Ces exclusions sont traitées ci-dessous.

Services de santé non assurés

En plus des services médicalement nécessaires offerts par les hôpitaux et les médecins qui sont couverts en vertu de la loi, les provinces et les territoires offrent toute une gamme de services et de prestations qui ne sont pas du ressort de la loi. Ces services et prestations supplémentaires sont offerts à la discrétion des administrations provinciales et territoriales, selon leurs propres conditions, et ils peuvent varier d'une province ou d'un territoire à l'autre. Parmi ces services supplémentaires, mentionnons des prestations pour médicaments d'ordonnance, des services ambulanciers et des services d'optométrie.

Les services supplémentaires offerts par les provinces et territoires peuvent viser des groupes donnés (p. ex. enfants, aînés ou bénéficiaires de l'aide sociale) et être assurés en tout ou en partie par les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux.

Un certain nombre de services offerts par les hôpitaux et les médecins ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires; ils ne sont donc pas assurés aux termes des lois provinciales et territoriales sur l'assurance-santé. Parmi ces services hospitaliers non assurés pour lesquels des frais peuvent être imposés aux patients, mentionnons l'hospitalisation en chambre privée

ou semi-privée, sauf si elle est prescrite par un médecin, les soins infirmiers privés, et la fourniture de téléphones et de téléviseurs. Parmi les services médicaux non assurés pour lesquels les patients peuvent se voir imposer des frais, mentionnons les consultations téléphoniques, la délivrance de certificats médicaux pour l'employeur, l'école, les assureurs ou les centres de culture physique, les témoignages devant les tribunaux et la chirurgie esthétique.

Personnes exclues

La définition de « personne assurée » de la LCS exclut les membres des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade, les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier et les personnes qui n'ont pas satisfait à la condition du délai minimal de résidence (période d'au plus trois mois). De plus, la définition de « service de santé assuré » exclut les services de santé auxquels une personne a droit en vertu d'une autre loi fédérale (p. ex. réfugiés) ou de la loi sur les accidents du travail d'une province ou d'un territoire.

L'exclusion de ces personnes de la couverture des services de santé assurés a été établie avant l'adoption de la loi et n'est pas destinée à établir des différences en ce qui concerne l'accès aux soins de santé assurés financés par l'État.

Énoncé de politiques concernant l'interprétation

Il existe deux énoncés de politiques qui précisent la position du gouvernement fédéral concernant la LCS. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres ministérielles par d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux. Les deux lettres figurent à l'annexe B du présent rapport.

Lettre « Epp »

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la LCS au Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en oeuvre de la *Loi canadienne sur la santé*.

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. La lettre présente les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la LCS. Ces éclaircissements ont été utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la loi. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la loi.

Lettre « Marleau » – Politique fédérale sur les cliniques privées

Entre février et décembre 1994 a eu lieu une série de sept réunions fédérales-provinciales-territoriales portant uniquement ou en partie sur les établissements privés. Il était question de la multiplication des cliniques privées offrant des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de leurs conséquences sur le système canadien de soins de santé universel et financé par l'État.

Lors de la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de « prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, le ministre de la Santé, Diane Marleau, a écrit aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la LCS en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans

une clinique privée. La lettre stipulait aussi que la définition d'« hôpital » de la LCS comprend tout établissement public qui offre des soins actifs, de longue durée et de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé paye les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire offert dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à ce qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

Processus de prévention et de règlement des différends

En avril 2002, la Ministre fédérale de la Santé d'alors, A. Anne McLellan décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la LCS dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des administrations fédérale, provinciales et territoriales de prévenir les différends reliés à l'interprétation des principes de la loi et, lorsqu'il est impossible d'y parvenir, de les régler d'une façon équitable, transparente et opportune.

Le processus comprend des activités de règlement des différends liés à l'échange de renseignements entre les gouvernements; la discussion et la clarification des questions, dès qu'elles sont soulevées; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux-provinciaux-territoriaux des questions liées à la LCS; ainsi que des évaluations préalables, si celles-ci sont demandées.

Si les activités de prévention des différends échouent, des activités de règlement des différends peuvent être amorcées, et ce, en commençant par des activités de détermination des faits et des négociations entre les gouvernements. Si ces activités se révèlent infructueuses, l'un des ministres de la Santé visés peut reporter les questions à un groupe tiers pour qu'il entreprenne la détermination des faits et fournisse conseils et recommandations.

Le ministre fédéral de la Santé détient le pouvoir final de décision en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la LCS. En décidant s'il doit invoquer les dispositions de non-conformité de la loi, le ministre prendra en considération le rapport du groupe.

Veuillez vous reporter à l'annexe C pour consulter la lettre de la ministre McLellan.

Chapitre 2 – Administration et conformité

Administration

Dans l'administration de la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), le ministre fédéral de la Santé est appuyé par des fonctionnaires de Santé Canada dans le domaine des politiques, des communications et de l'information, basés à Ottawa et dans les six bureaux régionaux du Ministère de la santé, ainsi que par les conseillers juridiques du ministère de la Justice.

Santé Canada prend au sérieux les responsabilités que lui confère la LCS. Le Ministère travaille avec les provinces et les territoires afin d'assurer le respect des principes énoncés dans la loi. Il est toujours préférable de travailler avec les provinces et les territoires pour résoudre les problèmes par la consultation, la collaboration et la coopération.

Division de la Loi canadienne sur la santé

La Division de la Loi canadienne sur la santé (la Division) fait partie de la Direction des affaires intergouvernementales de la Direction générale de la politique de la santé de Santé Canada, et est responsable de l'administration de la LCS. Les fonctionnaires de la Division des bureaux situés à Ottawa et dans les régions sont chargés des fonctions permanentes suivantes :

- surveiller et analyser les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé afin d'assurer le respect des critères et des conditions ainsi que des dispositions de la LCS concernant la surfacturation et les frais modérateurs;
- travailler en partenariat avec les provinces et les territoires afin d'examiner et de résoudre les problèmes concernant la conformité avec la LCS et de poursuivre les activités qui favorisent la conformité avec celle-ci;
- informer le ministre des éventuelles infractions à la LCS et recommander l'adoption de mesures pertinentes pour résoudre chaque question;
- rédiger et produire le Rapport annuel sur la Loi canadienne sur la santé traitant de l'administration et de l'application de la LCS;
- établir et entretenir des relations et des partenariats officiels et informels avec des fonctionnaires de la santé des gouvernements provinciaux et territoriaux pour favoriser le partage d'information;
- recueillir, résumer et analyser des renseignements pertinents sur les systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux;
- diffuser des renseignements concernant la LCS et les régimes d'assurance-santé financés à l'aide de fonds publics au Canada;
- répondre aux demandes de renseignements et à la correspondance concernant la LCS en préparant des réponses aux demandes de renseignements au sujet de la LCS et de questions sur l'assurance-maladie reçues par téléphone, par courrier et par Internet de la part du public, des députés, des ministères, des organisations partenaires et des médias;
- procéder à l'analyse des questions et à la recherche stratégique afin de présenter au ministre des options et des recommandations stratégiques relatives à l'interprétation de la LCS;
- collaborer avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé en ce qui concerne le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (voir ci-dessous).

Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé

La Division préside le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (le CCEIAS) (autrefois connu sous le nom de Comité fédéral-provincial-territorial de coordination de la facturation réciproque) et assume la fonction de secrétariat. Le CCEIAS a été créé en 1991 afin de traiter des questions concernant la facturation interprovinciale et interterritoriale des services hospitaliers et médicaux ainsi que des questions associées à l'inscription aux régimes d'assurance-maladie et à l'admissibilité. Le Comité est chargé de veiller à l'application des ententes interprovinciales et interterritoriales en assurance-maladie, conformément à la LCS.

Les dispositions de la LCS sur la transférabilité au sein du Canada sont mises en application dans le cadre d'une série d'ententes interprovinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque des services médicaux et hospitaliers. En général, cela signifie que la carte d'assurance-maladie d'un patient sera acceptée, comme paiement, lorsque celui-ci recevra des services hospitaliers ou médicaux dans une autre province ou territoire. La province ou le territoire qui offre le service facture directement la province ou le territoire de résidence du patient. Tous les territoires et toutes les provinces ont conclu des ententes réciproques touchant les soins hospitaliers et participent, à l'exception du Québec, à des ententes réciproques touchant les soins médicaux. Ces ententes visent à assurer que les résidents du Canada n'ont pas à payer de frais au point de service pour des services hospitaliers ou médicaux médicalement nécessaires lorsqu'ils voyagent au Canada. Toutefois, ces ententes sont interprovinciales et interterritoriales, et les provinces et territoires ne sont pas tenus de les signer en vertu de la LCS.

En 2003-2004, le CCEIAS a mis à jour les tarifs d'hospitalisation pour tous les hôpitaux qui facturent des services interprovinciaux au Canada; il a fait de même avec la liste des tarifs nationaux pour les consultations externes.

Le CCEIAS révise présentement ses tarifs pour les interventions très coûteuses (p. ex. transplantations) afin qu'ils correspondent aux coûts actuels.

Conformité

Conformément à ce qui a été mentionné au Chapitre 1, les provinces et les territoires doivent respecter les critères et les conditions de la LCS afin de recevoir le montant total de la contribution pécuniaire au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) (depuis le1er avril 2004, la contribution pécuniaire est payée en vertu du Transfert canadien en matière de santé). La section qui suit décrit la façon dont Santé Canada établit la conformité des provinces et des territoires.

L'approche de Santé Canada afin de résoudre les problèmes éventuels de conformité avec la LCS est de mettre l'accent sur la transparence, la consultation et le dialogue avec les autorités provinciales et territoriales de la santé. La plupart du temps, les cas sont réglés au moyen de consultations et de discussions fondées sur un examen approfondi des faits. Des retenues n'ont été effectuées que lorsque les options pour résoudre la question ont échoué. Jusqu'à présent, la grande majorité des différends et les problèmes associés à l'administration et à l'interprétation de la LCS ont été traités et résolus sans avoir eu à imposer de pénalités.

Les fonctionnaires de Santé Canada entretiennent des rapports réguliers avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé et les administrateurs de régimes d'assurance-maladie afin de contribuer à la résolution des problèmes communs éprouvés par les Canadiens et les Canadiennes concernant l'admissibilité à la couverture d'assurance santé et la transférabilité des services de santé à l'intérieur et à l'extérieur du Canada.

Les employés de la Division et des bureaux régionaux surveillent les opérations des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-maladie

afin de conseiller le ministre sur les situations possibles de non-conformité avec la LCS. Parmi les exemples de source d'information de cette nature, on trouve notamment : les fonctionnaires représentant des gouvernements provinciaux et territoriaux, les publications des gouvernements provinciaux et territoriaux, les reportages des médias ainsi que la correspondance reçue du public et autres individus et groupes non gouvernementaux. Le personnel de l'Unité de l'interprétation des programmes et de la conformité, une division de la Loi canadienne sur la santé, évalue les problèmes et les plaintes au cas par cas. Le processus d'évaluation consiste en la compilation de l'ensemble des faits et des renseignements sur la question ainsi qu'en la formulation de recommandations au ministre pour l'adoption de mesures de suivi pertinentes. La vérification des faits avec les fonctionnaires provinciaux et territoriaux du secteur de la santé peut soulever des questions qui ne sont pas directement associées à la LCS et d'autres questions qui, même si elles peuvent se rapporter à la LCS, sont attribuables à un malentendu ou à une erreur de communication et sont réglées rapidement avec l'aide des provinces et des territoires. Lorsqu'une question concernant la LCS est soulevée et n'est pas résolue après les demandes initiales, les fonctionnaires de la Division demandent alors à l'administration visée d'enquêter et de faire part de ses conclusions. Ensuite, le personnel de la Division discute de la question et de sa résolution possible avec des fonctionnaires provinciaux. Les dispositions de la LCS relatives à des sanctions sont prises en considération seulement si la question n'est pas résolue de manière à satisfaire aux exigences de la Division, et après les étapes susmentionnées.

Problèmes associés à la conformité

Au cours de l'année 2003-2004, la Division ou le ministre fédéral de la Santé ont discuté ou communiqué d'autre façons les préoccupations associées à la LCS (élaborées dans les chapitres suivant) avec les ministres de la Santé provinciaux et territoriaux respectifs. Cette information était conforme aux faits au 31 mars 2004. Sauf en cas d'indication contraire, des communications bilatérales sur ces questions sont en cours.

En ce qui concerne le paiement par des particuliers pour des services de santé assurés, Santé Canada se préoccupe de toute tendance vers la privatisation qui résulterait en un système de santé à deux vitesses dans le cadre duquel des personnes pourraient payer pour avoir un accès plus rapide à des services médicalement nécessaires auprès d'un hôpital ou d'un médecin. Ce genre de système représente une menace envers les principes fondamentaux de la LCS et, par conséquent, de l'ensemble du système de soins de santé. L'accès aux soins de santé assurés doit être basé sur le besoin et non la capacité financière.

Certaines administrations ont récemment remis en question la définition de l'expression « médicalement nécessaire » de la loi. Comme l'avait fait remarquer l'ancien ministre de la Santé fédéral Jake Epp dans sa lettre d'interprétation de 1985 à l'intention de tous les ministres de la santé provinciaux et territoriaux, les provinces et les territoires ainsi que de leurs professionnels de la santé ont la prérogative et la responsabilité d'interpréter quels services sont médicalement nécessaires. Par ailleurs, ce sont les provinces et les territoires qui déterminent quels hôpitaux ou services hospitaliers sont nécessaires pour assurer la prestation de soins de courte durée, de réadaptation ou de longue durée. En pratique, cela signifie que ce sont les régimes d'assurance-maladie des provinces et des territoires, en consultation avec leurs collèges de médecins ou leurs groupes médicaux respectifs, qui sont principalement responsables de définir les services qui sont médicalement nécessaires aux fins de l'assurance-maladie. Une fois qu'un service est réputé par une province comme service assuré, il doit être couvert par le régime d'assurance-maladie de la province, peu importe où le service est rendu.

Contributions des patients pour des examens en imagerie par résonance magnétique (IRM) et des tomodensitogrammes

Il existe des cliniques privées pour l'IRM et les tomodensitogrammes en Colombie-Britannique, en Alberta, au Québec et en Nouvelle-Écosse; ces provinces n'assurent pas la couverture des examens en IRM et des tomodensitogrammes médicalement nécessaires qui sont réalisés dans ces cliniques privées. En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, on considère que les services d'IRM et de tomodensitogrammes sont des services de santé assurés quand ils sont médicalement nécessaires en vue de préserver la santé, de prévenir la maladie ou de diagnostiquer ou de traiter une blessure, une maladie ou une incapacité et qu'ils sont fournis dans un hôpital ou dans un établissement offrant des soins hospitaliers. Au départ, Santé Canada a fait part de ses préoccupations associées à la LCS à l'ensemble des provinces en 2000; un examen multilatéral de la question a été réalisé par la suite. Toutefois, la question des frais imposés aux personnes assurées pour des services d'IRM et de tomodensitogrammes n'a pas été réglée. En juillet 2003, Anne McLellan, ancienne ministre fédérale de la Santé, a écrit aux quatre ministres de la Santé provinciaux intéressés pour faire part de son objection au resquillage qui survient dans les provinces qui permettent aux cliniques privées de vendre un accès plus rapide à des services de diagnostic médicalement nécessaires. Des consultations avec des fonctionnaires provinciaux dans les provinces visées, sauf le Québec, ont eu lieu par la suite. Même si des discussions multilatérales devaient s'amorcer en 2004 selon ce qui était prévu, ces discussions ont été reportées à la demande des provinces, en attendant les discussions des premiers ministres sur la viabilité du système de soins de santé.

En 2003, Santé Canada a appris qu'un résident de Terre-Neuve avait payé MRI Canada pour convenir de l'obtention d'un service d'IRM sous l'apparence d'une entente de tiers payeur dans un hôpital de Terre-Neuve en juillet 2002. Santé Canada a transmis ses préoccupations associées à la LCS concernant cette situation au *Department of Health and Community Services* de Terre-Neuve-et-Labrador. La province a répondu que l'on ne prévoit pas rembourser le patient. Une déduction en vertu du Transfert canadien en matière de santé concernant les frais en question sera imposée si la question n'est pas réglée.

Frais imposés à des patients par des centres d'aiguillage spécialisé et pour un accès direct sans recommandation à des spécialistes

Depuis 2002, deux cliniques d'aiguillage spécialisé de Vancouver offrent des consultations accélérées payantes auprès de médecins spécialistes aux individus qui choisissent de passer outre leur médecin de famille pour obtenir un traitement spécialisé. Les frais imposés aux personnes assurées pour des services assurés violent la LCS. Cette pratique est également préoccupante du point de vue de la LCS puisqu'elle encourage le resquillage en vue d'obtenir des services de santé assurés. Au cours d'une réunion entre des fonctionnaires du Ministry of Health Services de la Colombie-Britannique et Santé Canada en 2003, la province a indiqué que la politique sur le régime de soins médicaux (RSM) permet aux spécialistes de facturer aux clients se présentant spontanément la différence entre le montant payé par le RSM et la somme demandée aux patients se présentant spontanément. Les fonctionnaires de Santé Canada ont informé la province que cette pratique constitue une surfacturation au sens de la LCS; d'autres consultations bilatérales devront avoir lieu sur cette question.

Frais imposés à des patients pour des services de santé assurés dans des cliniques de chirurgie privées

Santé Canada participe à des discussions bilatérales avec la Colombie-Britannique au sujet de frais imposés à des patients pour des services de santé assurés dans des cliniques de chirurgie privées depuis juin 2000. À l'heure actuelle, la loi *Medical Protection Act* de la Colombie-Britannique interdit l'imposition de frais à des résidents de la province qui sont assurés pour des

services médicalement nécessaires, mais permet à des tiers, comme le *Workers' Compensation Board*, de payer les services en question. Certains médecins travaillant dans des cliniques privées permettent aux résidents assurés d'acheter des services de santé sous couvert d'une entente avec un tiers payeur. Santé Canada a continué de presser la Colombie-Britannique d'accroître ses capacités de vérification et d'examen des frais imposés dans ces établissements afin que les personnes assurées ne soient pas tenues de payer des services de santé assurés. À la suite de discussions bilatérales, la Colombie-Britannique a établi la loi *Medicare Protection Amendment Act* (projet de loi 92) en décembre 2003. Cette loi aurait renforcé les capacités de la Colombie-Britannique d'effectuer des vérifications et des enquêtes sur les personnes responsables de l'imposition de frais à des bénéficiaires pour des services de santé assurés, mais elle n'a pas été adoptée. Les fonctionnaires de Santé Canada n'avaient pas indiqué que des modifications à la loi étaient requises; ils ont laissé les fonctionnaires provinciaux déterminer la meilleure façon de régler le problème relatif à l'imposition de frais inappropriés à des patients. Cependant, si cette loi était entrée en vigueur, elle aurait résolu les préoccupations de Santé Canada. Des déductions associées au TCSPS découlant de ces frais ont été imputées au transfert du TCSPS de mars 2004; de futures déductions associées au TCS seront prélevées à moins que la question ne soit réglée.

Frais imposés à des patients pour des examens de densité osseuse

En avril 2002, la presse a rapporté qu'un médecin de la Saskatchewan accordait un accès préférentiel à des examens de densité osseuse à des patients contre un don de 95 $ à une fondation de recherche constituée en société par le médecin en 1995. Les frais imposés à des personnes assurées pour des services assurés violent la LCS. Cette pratique est préoccupante du point de vue de la LCS puisqu'elle encourage le resquillage en vue d'obtenir des services de santé assurés; par la suite, Santé Canada a fait part de ses préoccupations à *Saskatchewan Health*. En 2003, des représentants de *Saskatchewan Health* ont informé Santé Canada qu'ils avaient échangé de la correspondance avec le médecin au sujet des préoccupations et de l'insatisfaction de la Saskatchewan relativement à la pratique visée. Santé Canada a demandé à la province un suivi sur cette question.

Frais imposés à des patients pour des fournitures médicales et chirurgicales

En septembre 2002, la presse a rapporté que des médecins du Manitoba imposaient des frais pour des fournitures médicales et chirurgicales à des patients. Santé Canada a fait part de ses préoccupations relatives à la LCS au Manitoba, soit que les frais imposés à des personnes assurées pour des services assurés violent la LCS. Cette question a été soulevée dans le cadre d'une réunion bilatérale entre des fonctionnaires de Santé Canada et des représentants de Santé Manitoba en 2003; Santé Canada a demandé plus d'information sur la politique du Manitoba concernant les frais de fournitures médicales. Plus tard en 2003, Santé Canada a obtenu des preuves de facturation de fournitures médicales à des résidents du Manitoba dans une clinique médicale et de chirurgie extra-hospitalière et a écrit au gouvernement du Manitoba pour qu'une enquête soit entreprise.

Frais imposés à des patients dans une clinique de chirurgie privée

À la suite de rapports publiés dans les médias en mars 2000, la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) a entrepris une enquête sur des revendications selon lesquelles une clinique privée imposait aux patients des frais allant jusqu'à 400 $ pour l'utilisation des salles d'opération afin d'effectuer des procédés médicaux, facturés par les médecins à la RAMQ. En l'an 2000, Santé Canada a d'abord transmis ses préoccupations au ministère de la Santé et des Services sociaux que des personnes assurées se voient imposer des frais pour l'obtention de services de santé assurés, et demande des renseignements sur l'enquête de la RAMQ. En octobre 2002, la presse

rapportait que la clinique imposait toujours des frais aux patients. Santé Canada a informé de nouveau la province que le fait d'imposer des frais aux patients pour l'utilisation d'une installation pour la prestation d'un service assuré contrevenait à la LCS et a demandé à de nombreuses reprises que Québec informe Santé Canada des résultats de son enquête sur cette pratique. Des représentants du ministère de la Santé du Québec ont répondu qu'ils n'ont pas le droit de révéler la situation de l'enquête sur les frais en question.

Médicaments administrés dans les hôpitaux

Santé Canada est aussi préoccupé par le fait que des patients paient pour des médicaments qui leur sont administrés dans des cliniques de consultation externe des hôpitaux et de la pertinence de ces paiements en vertu de la LCS. Certaines provinces couvrent les médicaments de ce genre (comme le Remicade) en vertu de leur régime d'assurance-médicaments provincial et non du programme d'assurance-hospitalisation. Des fonctionnaires de Santé Canada ont recueilli et examinent l'information fournie par les provinces pendant des consultations à ce propos.

Déductions du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) en 2003-2004

La Colombie-Britannique n'a pas révélé à Santé Canada les montants relatifs à la surfacturation et aux frais modérateurs réellement imposés pendant l'exercice 2001-2002, conformément aux exigences du Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs de la LCS. À la suite de rapports indiquant que la Colombie-Britannique enquêtait sur des cas d'imposition de frais modérateurs, une déduction de 126 775 $ a été appliquée au paiement du TCSPS de mars 2004 versé à la Colombie-Britannique, en fonction du montant qui aurait été imposé d'après les estimations de Santé Canada pour l'année fiscale 2001-2002.

Avec la fermeture de sa clinique d'avortement à Halifax en novembre 2003, où l'on facturait aux patientes des frais d'établissement relatif au service obtenu, il a été établi que la Nouvelle-Écosse était conforme à la Politique fédérale sur les cliniques privées. En tenant compte des réajustements pour les années précédentes, une somme totale de 7 119 $ a été déduite des paiements de transfert accordés à la Nouvelle-Écosse en vertu du TCSPS pendant l'exercice fiscale 2003-2004.

Historique des déductions et des remboursements en vertu de la LCS

La *Loi canadienne sur la santé*, entrée en vigueur le 1er avril 1984, réaffirme l'engagement du gouvernement fédéral quant au respect des principes originaux du régime de soins de santé du Canada, tels qu'intégrés aux lois précédentes (*Loi sur les soins médicaux* et *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*). Afin d'éliminer la multiplication des cas de perception directe de frais pour des services hospitaliers et médicaux, le gouvernement fédéral a décidé d'appliquer une pénalité dollar pour dollar de la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs qui, selon lui, réduisent l'accès de nombreux Canadiens et Canadiennes aux soins de santé pour des raisons financières.

De 1984 à 1987, [paragraphe 20(5)] de la loi prévoyait le remboursement des retenues relatives à ces frais aux provinces les ayant éliminés avant le 1er avril 1987. Le 31 mars 1987, il a été établi que toutes les provinces qui effectuaient la surfacturation et imposaient des frais modérateurs avaient pris les mesures adéquates pour éliminer ces pratiques. En conséquence, en juin 1987, un montant totalisant 244,732 M$ en retenues était remboursé au Nouveau-Brunswick (6,886 M$), au Québec

(14,032 MS), à l'Ontario (106,656 MS), au Manitoba (1,270 MS), à la Saskatchewan (2,107 MS), à l'Alberta (29,032 MS) et à la Colombie-Britannique (84,749 MS).

À la suite de la période de transition initiale de trois ans de la LCS, pendant laquelle on accordait le remboursement des retenues aux provinces et aux territoires, aucune pénalité en vertu de la LCS n'a été imposée avant l'exercice 1994-1995. Un différend entre la British Columbia Medical Association et le gouvernement de la Colombie-Britannique au sujet de la rémunération a amené plusieurs médecins à se retirer du régime d'assurance-maladie provincial et à faire payer le patient directement. Certains médecins facturaient à ceux-ci un montant supérieur à celui qu'ils pouvaient récupérer du régime d'assurance-maladie provincial. Ce montant, qui était trop élevé, constituait une surfacturation en vertu de la LCS. Les déductions son entrées en vigueur en mai 1994, incluant les ajustements d'années antérieures 1992-1993, jusqu'en septembre 1995 – année où des modifications à la *Medicare Protection Act* de la Colombie-Britannique interdisant la surfacturation sont entrées en vigueur. Des retenues totalisant 2,025 MS étaient effectuées sur le montant versé à la Colombie-Britannique au titre du Transfert pour 1992-1993 à 1995-1996. Ces déductions et toutes les déductions subséquentes ne sont pas remboursables.

En janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé, Diane Marleau, a fait part à ses collègues provinciaux et territoriaux de son inquiétude quant à la création d'un système de soins de santé à deux vitesses et à l'émergence de cliniques privées imposant des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires. Dans le cadre des communications qu'elle a établies avec les provinces et les territoires, elle a annoncé qu'elle leur accordait un sursis de plus de neuf mois pour éliminer les frais modérateurs, à défaut de quoi des sanctions pécuniaires leur seraient imposées en vertu de la LCS. En conséquence, dès novembre 1995, des retenues ont été effectuées sur le montant versé à l'Alberta, au Manitoba, à la Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador au titre des paiements de transfert en raison de leur non-conformité avec la Politique fédérale sur les cliniques privées.

De novembre 1995 à juillet 1996, des retenues totalisant 3,585 MS ont été soustraites des paiements de transfert versés à l'Alberta relativement aux frais d'établissement facturés dans des cliniques offrant des services de chirurgie, d'ophtalmologie et d'avortement. Le 1er octobre 1996, l'Alberta interdisait aux cliniques de chirurgie privées d'imposer à leurs patients des frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires dont les honoraires médicaux étaient facturés au régime d'assurance-maladie provincial.

Dans le même ordre d'idées, en raison de l'imposition de frais d'établissement dans une clinique d'avortement, un total de 284 430 $ a été déduit du paiement de transfert accordé à Terre-Neuve-et-Labrador avant l'abolition de ces frais, à compter du 1er janvier 1998.

De novembre 1995 à décembre 1998, les retenues totales faites aux paiements de transfert versés au Manitoba s'élevaient à 2 055 000 $; elles ont pris fin le 1er janvier 1999 lorsque la province a confirmé l'élimination des frais modérateurs dans les cliniques de chirurgie et d'ophtalmologie. Toutefois, au cours de l'exercice 2001-2002, une retenue mensuelle (d'octobre 2001 à mars 2002, inclusivement) au montant de 50 033,50 $ a été faite sur les contributions pécunières au Manitoba au titre du TCSPS, fondée sur une déclaration financière qu'a fait la province qui démontrait que les montants réels des frais modérateurs envers des services assurés pendant les exercices 1997-1998 et 1998-1999 étaient supérieurs aux retenues appliquées basées sur des estimations. Le total des retenues appliquées au Manitoba s'élevait donc à 2 355 201 $.

Avec la fermeture de la clinique d'avortement Morgentaler à Halifax le 27 novembre 2003, il a été établi que la Nouvelle-Écosse était conforme à la Politique fédérale sur les cliniques privées. Avant la fermeture, un total de 372 135 $ avait été déduit des paiements de transfert du TCSPS accordés à la Nouvelle-Écosse pour avoir failli de

couvrir les frais d'établissement pour les patientes tout en payant les honoraires médicaux.

En janvier 2003, la Colombie-Britannique a présenté un rapport financier, conformément au Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs de la LCS, qui indiquait que les montants globaux réels demandés pendant l'exercice 2000-2001 en ce qui a trait à la surfacturation et aux frais modérateurs totalisait 4 610 $. Un montant de 4 610 $ a donc été retenu du paiement de transfert du TCSPS de mars 2003.

En 2004, la Colombie-Britannique n'a pas signalé à Santé Canada les montants de la surfacturation et des frais modérateurs réels demandé pour l'exercice 2001-2002, conformément aux exigences du Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs de la LCS. À la suite de rapports indiquant que la Colombie-Britannique enquêtait sur des cas d'imposition de frais modérateurs, une déduction de 126 775 $ a été apoliquée au paiement du TCSPS de mars 2004 versé à la Colombie-Britannique, en fonction du montant qui aurait été imposé pendant l'exercice 2001-2002 d'après les estimations de Santé Canada.

Durant la période avril 1984 à mars 2004, une déduction totale de 8 753 151 $ a été appliquée à des transferts provinciaux en raison des dispositions de la LCS sur la surfacturation et les frais modérateurs. Ce montant exclut les déductions totalisant 244 732 000 $ qui ont été effectuées entre 1984 et 1987 et qui ont été remboursées par la suite aux provinces en vertu du paragraphe 20(5) de la LCS.

Évolution des transferts fédéraux pour les soins de santé

Subventions visant l'établissement de programmes

La contribution fédérale aux soins de santé provinciaux remonte à la fin des années 1940 avec la création du Programme national de subventions à la santé. Ces subventions sont alors considérées comme essentielles à un système de soins de santé national. Bien que ces subventions soient principalement utilisées pour construire l'infrastructure canadienne des hôpitaux, elles servent aussi à soutenir des initiatives dans des domaines comme la formation professionnelle, la recherche en santé publique, le contrôle de la tuberculose et le traitement du cancer. Vers le milieu des années 1960, les provinces reçoivent au total plus de 60 millions de dollars annuellement.

Vers le milieu des années 1950, en raison de la pression publique, le gouvernement fédéral accepte d'offrir un soutien financier aux provinces afin d'aider à mettre en place leurs régimes d'assurance-maladie. En janvier 1956, le gouvernement fédéral dépose des propositions concrètes aux provinces servant à la création progressive d'un programme d'assurance-maladie, dont la priorité serait l'assurance-hospitalisation et les services de diagnostic. Les discussions sur ces propositions mènent à l'adoption de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* en 1957. La mise en oeuvre du programme Assurance-hospitalisation et services diagnostiques (AHSD) commence en juillet 1958, date à laquelle cinq provinces, soit Terre-Neuve, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Manitoba, offrent alors des régimes d'assurance-hospitalisation. En 1961, l'ensemble des provinces et des territoires participe au programme.

La seconde étape de l'intervention fédérale de soutien aux régimes d'assurance-maladie

Retenues aux contributions pécuniaires en vertu de la LCS – de 1994-95 à 2003-04

(en dollars $)

	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004	TOTAL
NF	0	-46 000	-96 000	-132 000	-53 000	42 570	0	0	0	0	-284 430
PE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NS	0	-32 000	-72 000	-57 000	-38 950	-61 110	-57 804	-35 100	-11 052	-7 119	-372 135
NB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
QC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ON	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
MB	0	-269 000	-588 000	-586 000	-612 000	0	0	-300 201	0	0	-2 355 201
SK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AB	0	-2 319 000	-1 266 000	0	0	0	0	0	0	0	-3 585 000
BC	-1 982 000	-43 000	0	0	0	0	0	0	-4 610	-126 775	-2 156 385
NW	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
YK	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	-1 982 000	-2 709 000	-2 022 000	-775 000	-703 950	-18 540	-57 804	-335 301	-15 662	-133 894	-8 753 151

Nota : Les retenues sont indiquées pour l'année pendant laquelle elles ont été appliquées aux contributions pécuniaires. Les retenues faites pendant un exercice peuvent représenter des corrections apportées à des exercices précédents.

provinciaux et territoriaux est le résultat des recommandations de la Commission royale d'enquête sur les services de santé (Commission Hall). Dans son rapport final (présenté en 1964), la Commission recommande l'établissement d'un nouveau programme qui permettrait à tous les Canadiens et à toutes les Canadiennes d'avoir accès aux soins médicaux nécessaires (services médicaux, en dehors du contexte hospitalier).

La *Loi sur les soins médicaux* est déposée au Parlement au début de décembre 1966 et reçoit la sanction royale le 21 décembre 1966. La mise en oeuvre du Programme d'assurance des soins médicaux commence le 1er juillet 1968. En 1972, toutes les provinces et tous les territoires participent au programme.

À l'origine, la contribution fédérale aux régimes d'assurance-hospitalisation provinciaux et territoriaux est en fonction des montants déboursés par les provinces et les territoires pour offrir des services hospitaliers assurés. En vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957), le gouvernement fédéral rembourse environ 50 pour cent des coûts de l'assurance-hospitalisation. De même, en vertu de la *Loi sur les soins médicaux* (1966), la contribution fédérale est égale à la moitié du coût moyen national par habitant pour les services assurés, multipliée par le nombre de personnes assurées dans chaque province ou territoire. Les protocoles de financement fondés sur les subventions conditionnelles se poursuivent jusqu'à ce qu'à une tentative de bloquer le financement survienne durant l'année fiscale 1977-1978.

Financement des programmes établis (FPE)

Le 1er avril 1977, le financement du gouvernement fédéral pour le soutien des services de santé assurés est remplacé par un transfert de financement global avec des exigences générales relativement au maintien de la norme minimale en matière de services de santé avec l'adoption de la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral, les territoires et les provinces et sur le financement des programmes établis de 1977*. Aussi connue sous le nom de *Loi sur le FPE*, la nouvelle loi fournit des contributions fédérales aux provinces et aux territoires pour les services hospitaliers et les soins médicaux assurés (y compris l'éducation postsecondaire) qui ne sont plus calculées en fonction des dépenses provinciales. Plutôt, les contributions fédérales de l'année 1975-1976 est désignée comme l'année de référence dans le cadre des programmes actuels à frais partagés, augmentés en fonction du taux de croissance du produit national brut (PNB) et la croissance de la population.

En vertu de la *Loi sur le FPE* et des accords de financement subséquents, le montant total en matière de santé auquel les provinces et les territoires ont droit est maintenant composé de transferts de fonds et de transferts de points d'impôt relativement égaux. Le transfert de points d'impôt consiste en la cession, par le gouvernement fédéral, d'une marge fiscale aux provinces et aux territoires, ce qui permet au gouvernement de réduire ses taux d'imposition afin que les provinces et les territoires puissent hausser les leurs d'un montant équivalent. Dans le cas d'un transfert de point d'impôt en matière de santé dans le cadre du FPE, les variations des taux fédéraux compensent celles des taux provinciaux-territoriaux, de sorte qu'il n'y a aucune influence financière nette pour les contribuables. Le montant total des allocations en matière de soins de santé n'a pas changé.

La *Loi sur le FPE* comprend également un nouveau transfert au Programme des services complémentaires de santé. Ce groupe de services de santé, dont font partie les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins de santé ambulatoires et les aspects de santé relatifs aux soins à domicile, est transformé en un financement global d'environ 20 $ par personne pour l'exercice 1977-1978, et assujetti au même facteur de progression que les services de santé assurés. Cette portion du transfert au titre du FPE est à toute fin inconditionnel comparativement au transfert au titre des services assurés, n'étant pas assujettie aux critères en matière de prestation de programmes.

La part du FPE au titre de la santé était remise deux fois par mois à chaque province et à chaque territoire par Santé Canada. Même si l'accord de financement relatif à l'assurance des soins de santé aux échelons fédéral-provincial-territorial comprenait certains critères en matière de prestation de programmes, Santé Canada ne possédait aucune méthode viable pour obliger les provinces et les territoires à se conformer entièrement aux conditions énoncées dans les lois sur les soins hospitaliers et médicaux, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et la législation sur l'assurance-maladie. En vertu du cadre législatif applicable, le gouvernement du Canada se devait de retenir « tous » les transferts mensuels au titre des soins de santé si les conditions n'étaient pas respectées.

Ce n'est qu'au moment de la promulgation de la *Loi canadienne sur la santé*, en 1984, que des dispositions spécifiques en matière de retenues entrent en vigueur, permettant les retenues équivalentes concernant la surfacturation et les frais modérateurs, ainsi que les retenues discrétionnaires dans les cas où les provinces et les territoires ne se conforment pas totalement aux autres dispositions énoncées dans la loi. Ces conditions et obligations sont toujours en vigueur à ce jour.

Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS)

Dans son budget de 1995, le gouvernement annonce une restructuration de la *Loi sur le FPE*, qui est maintenant appelée la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* et qui comporte des dispositions spécifiques au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le nouveau transfert « omnibus » ou global, effectif pour l'année fiscale 1996-1997, combine le financement en matière de santé et d'éducation postsecondaire de la *Loi sur le FPE* avec le financement du Régime d'assistance publique du Canada (accord fédéral-provincial de partage des coûts des services sociaux). Lorsque le TCSPS entre en vigueur, le 1er avril 1996, les provinces et les territoires reçoivent des transferts monétaires et points d'impôt du TCSPS plutôt que des droits en vertu du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) et du FPE. La valeur combinée du montant du FPE et du RAPC était plus élevée que la valeur du montant du TCSPS fourni aux provinces et aux territoires, ce qui reflète le besoin de restrictions budgétaires au moment de l'introduction du TCSPS.

Les modifications mineures apportées à la LCS tiennent compte de la nouvelle définition des « contributions pécuniaires », et la suppression des définitions « loi de 1977 » et « contribution ». La révision du libellé de l'article 5 rend les contributions pécuniaires pertinentes à tous les aspects de la LCS, éliminant l'exigence de l'article 6 (services complémentaires de santé). Par ailleurs, le libellé des articles 5 et du paragraphe 13(b) est modifiée afin que la référence soit faite au TCSPS plutôt qu'à la *Loi de 1977*.

Le nouveau financement global est fourni dans le but d'appuyer les conditions et obligations énoncées dans la LCS (universalité, intégralité, accessibilité, transférabilité et administration publique) ainsi que les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs, et dans le but de maintenir la norme nationale relative au RAPC, selon laquelle aucun délai minimal de résidence ne peut être exigé ou permis en ce qui concerne l'assistance sociale. Les services complémentaires de santé doivent continuer à être fournis en vertu de la LCS, selon les conditions suivantes : communiquer les renseignements nécessaires et faire état de la contribution fédérale, tel qu'il est énoncé à l'article 13 de la LCS. Ces exigences demeurent inchangées depuis 1984.

La nouvelle loi a aussi causé le transfert du pouvoir de paiement de Santé Canada au ministère des Finances. Cependant, le ministère de la Santé a fixé le montant des retenues à effectuer en vertu de la LCS, y compris de celles concernant la surfacturation et les frais

modérateurs, et communique ces montants au ministère des Finances avant les dates de paiement. Le ministère des Finances fait ensuite les retenues telles quelles, pour le compte du ministère de la Santé, sur les contributions pécuniaires bimensuelles au titre du TCSPS.

Accords sur la santé : accroissement et restructuration de la participation fédérale au financement des soins de santé

En 2000 et en 2003, les premiers ministres se rencontrent pour discuter des soins de santé avec un accent particulier sur la réforme, l'imputabilité et les exigences en matière de financement. En 2000, le gouvernement fédéral annonce de nouveaux investissements de 23,4 milliards de dollars sur cinq ans afin d'appuyer le renouvellement des soins de santé et le développement de la petite enfance. Entre 2001-2002 et 2005-2006, le gouvernement annonce des investissements supplémentaires de 21,1 milliards de dollars augmentant ses contributions pécuniaires dans le cadre du TCSPS, de 1,8 milliard de dollars pour les programmes ciblés (équipement médical et réforme des soins de santé primaires), ainsi que de 500 millions de dollars pour Inforoute Santé du Canada Inc.

En 2003, le gouvernement s'engage à investir 36,8 milliards de dollars sur cinq ans afin d'appuyer les secteurs prioritaires de la réforme (soins primaires, soins à domicile et couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance) au moyen de transferts du TCSPS (14 milliards de dollars) et de nouveaux transferts ciblés (16 milliards de dollars pour le Transfert visant la réforme des soins de santé, 1,5 milliard de dollars pour l'équipement médical), et afin d'appuyer les dépenses fédérales directes en matière de santé. Cet investissement comprend 3,9 milliards de dollars d'augmentations latentes relatives au TCSPS, engagés dans le calendrier initialement prévu de l'accord de 2000 (jusqu'à 2005-2006 inclusivement).

Le gouvernement fédéral accepte également de restructurer le TCSPS afin d'accroître la transparence et l'imputabilité de la participation fédérale aux programmes de santé et autres programmes sociaux.

Transfert canadien en matière de santé (TCS)

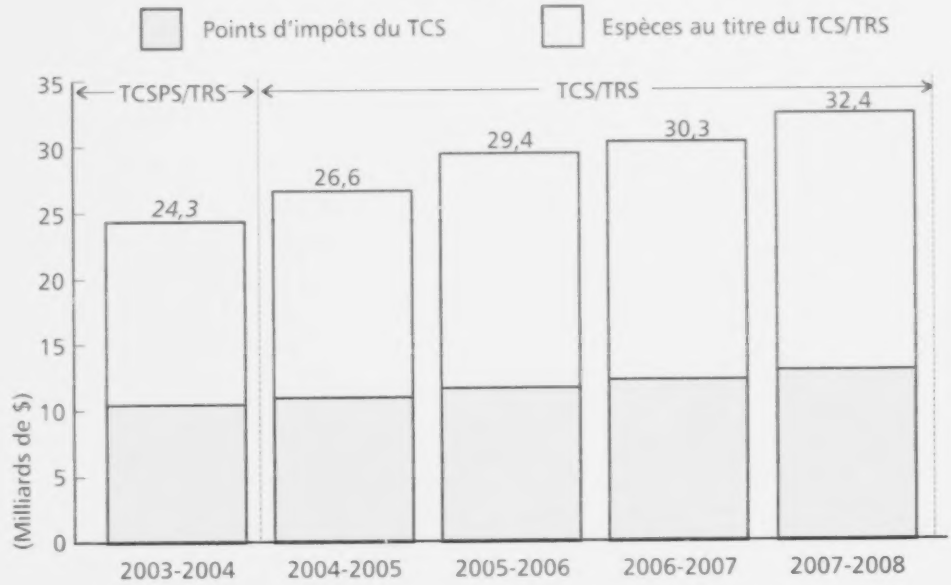
Le TCSPS est restructuré en deux nouveaux transferts, le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS), à partir du 1er avril 2004. Le TCS appuie l'engagement continu du gouvernement du Canada visant à maintenir les conditions et obligations nationales de la LCS. Le TCPS, un financement global appuyant l'éducation postsecondaire ainsi que les services d'assistance sociale et autres services sociaux, continue à fournir aux provinces et aux territoires la souplesse d'affecter des fonds à certains programmes sociaux, en fonction de leurs priorités respectives.

Les paiements effectués aux termes de la loi dans le cadre du TCSPS ont été subdivisés entre les deux transferts en fonction des habitudes de dépenses des provinces et des territoires dans les domaines visés par les transferts : 62 pour cent pour le TCS et 38 pour cent pour le TCPS.

Le budget de 2003 prévoit un cadre de financement prévisible, viable et croissant dans le cadre du TCS et du TCPS; les paiements en espèces jusqu'en 2007-2008 sont énoncés dans la loi, tandis que la composante en points d'impôt continue de croître en parallèle avec l'économie. On prévoit que la valeur totale du TCS (espèces et points d'impôt) atteindra 25,1 milliards de dollars en 2004-2005 (14,3 milliards en espèces, y compris les suppléments du TCSPS, et 10,8 milliards de dollars en points d'impôt). La valeur totale du TCPS (espèces et points d'impôt) atteindra 26,9 milliards de dollars en 2007-2008. Au total, au cours de la période de cinq ans de l'Accord, l'appui financier à la santé augmentera à un taux annuel moyen de 10,2 pour cent.

Transfert canadien en matière de santé et Transfert visant la réforme des soins de santé

Cadre législatif



1. Les montants indiqués pour 2003-04 sont basés sur la part du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux hypothétiquement allouée à la santé, puisque le TCS entrera en vigueur qu'en 2004-05, et le Transfert visant la réforme des soins de santé (TRS).
2. Comprend le financement via le Transfert canadien en matière de santé (TCS), la partie du supplément du TCSPS de 2003 allouée hypothétiquement à la santé, le supplément du TCSPS de 2004 pour la santé et le TRS. Ne comprend pas les fonds spécifiques versés via le Fonds pour l'équipement diagnostique et médical et le Fonds pour la santé publique et l'immunisation.

Transferts fédéraux visant à financer les soins de santé

Réforme des soins de santé : Dans le cadre de l'Accord de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, le gouvernement du Canada a créé un Transfert visant la réforme des soins de santé de 16 milliards de dollars sur cinq ans afin d'aider les provinces et les territoires à accélérer la réforme dans les secteurs prioritaires déterminés par les premiers ministres : soins de santé primaires, soins à domicile et couverture de type catastrophique des médicaments d'ordonnance. Les premiers ministres ont convenu de rédiger les rapports publics annuels à l'intention de leurs citoyens au sujet de chaque secteur de réforme, au moyen d'indicateurs comparables, dans le but de renseigner les Canadiens et les Canadiennes sur les progrès réalisés et les principaux résultats. Les fonds fournis dans le cadre du Transfert visant la réforme de la santé seront intégrés dans le TCS, et seront soumis, d'ici au 31 mars 2008, à un examen des premiers ministres portant sur les progrès réalisés en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs de la réforme.

En 2004-2005, les provinces et les territoires recevront 1,5 milliard de dollars en vertu du

Transfert visant la réforme des soins de santé, qui sont alloués selon un montant égal par habitant. Tous les fonds en espèces relatifs au TCS, au TCPS et au Transfert visant la réforme des soins de santé pourront être retenus en vertu de la LCS.

Équipement médical : Conformément aux accords conclus en 2000 et en 2003, le gouvernement fédéral a fourni aux provinces et aux territoires 2,5 milliards de dollars afin d'accroître l'accessibilité des services de traitement et de diagnostic financés par l'État. Les fonds ont été payés à des fiducies administrées par des tiers, permettant aux provinces et aux territoires d'encaisser des fonds, au besoin, tout au long de la durée de vie des fiducies. Ces fonds ont été alloués selon un montant égal par habitant. Les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent présenter des rapports aux Canadiens et aux Canadiennes sur la façon d'investir les fonds, comme ils l'ont fait dans le cadre du Transfert visant la réforme des soins de santé.

Des renseignements supplémentaires sur les accords de financements fédéraux-provinciaux-territoriaux sont disponibles sur demande auprès du ministère des Finances, ou sur le site Web, à l'adresse suivante :

http://www.fin.gc.ca/FEDPROV/FTPTf.html

Historique des transferts fédéraux en matière de soins de santé

1957 La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* est adoptée à l'unanimité à la Chambre des communes et au Sénat, établissant ainsi un programme de partage des coûts qui garantit la couverture et l'accessibilité des services hospitaliers à tous les habitants des provinces participantes. En 1961, l'ensemble des provinces et des territoires participe au programme.

1966 Le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) voit le jour. Aux termes du RAPC, le gouvernement fédéral paie, entre autres, la moitié du coût de certains services de santé, nécessaires aux personnes dans le besoin, mais non financés en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*.

1968 La *Loi sur les soins médicaux* entre en vigueur. Elle établit un programme conditionnel de partage des coûts qui autorise le ministre fédéral de la Santé à verser des contributions financières aux provinces et aux territoires qui offrent des régimes d'assurance-maladie et qui répondent aux critères minimaux. En 1972, l'ensemble des provinces et des territoires participe à ce programme.

1977 La *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et les territoires sur le financement des programmes établis* (*Loi sur le FPE*) est adoptée. Le Programme de services complémentaires de santé entre en vigueur et un montant égal par habitant est alloué presque sans condition, pour certains types de soins en établissement, de soins à domicile et de soins en établissement pour adultes.

1984 La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) entre en vigueur. Elle fusionne les dispositions de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et de la *Loi sur les soins médicaux*. La LCS comprend aussi des dispositions élargies sur les services de soins de santé, qui sont ajoutées à la *Loi sur le FPE*. La *Loi canadienne sur la santé* prévoit maintenant des retenues équivalentes concernant la surfacturation et les frais modérateurs, ainsi que des retenues discrétionnaires en ce qui concerne les autres éléments des conditions et des obligations énoncées dans la loi.

La *Loi sur le FPE* est rebaptisée *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et sur les contributions fédérales en*

matière d'enseignement postsecondaire et de santé, 1977.

1995 Le budget fédéral annonce que le partage des coûts relatif au financement des programmes établis en vertu de la *Loi sur le FPE* et du RAPC sera remplacé par un programme de financement global, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) à partir du 1er avril 1996. Les transferts au titre du TCSPS sont fixés à 26,9 milliards de dollars pour 1996-1997. Les fonds pour 1996-1997 seront répartis dans la même proportion que ceux combinés du FPE et du RAPC pour 1995-1996.

L'article 6 de la LCS, concernant le montant payable pour les services complémentaires de santé, a été abrogé en 1995 afin de tenir compte des nouveaux accords fiscaux conclus par le gouvernement (Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux), qui obligeait les provinces et les territoires à faire un seul paiement aux provinces et aux territoires plutôt que plusieurs. Ce changement n'a pas réduit la portée des services de santé assurés en vertu de la loi. Les services complémentaires de santé ne sont pas, et n'ont jamais été, des services de santé assurés en vertu de la LCS.

1996 Le gouvernement fédéral annonce dans son budget un accord de financement quinquennal. Le TCSPS (1998-1999 à 2002-2003) fixe le plancher des transferts en espèces à 11 milliards de dollars par année.

1998 La *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires sur le financement des programmes établis* est modifiée pour fixer le plancher des transferts de fonds du TCSPS à 12,5 milliards de dollars de 1997-1998 à 2002-2003.

1999 Le gouvernement fédéral annonce, dans son budget, qu'il augmente les transferts de fonds du TCSPS de 11,5 milliards de dollars sur cinq ans aux provinces et aux territoires. Ce montant a pour but de composer avec les pressions budgétaires dans le secteur des soins de santé.

2000 Dans son budget de février, le gouvernement fédéral annonce qu'il augmente les contributions du TCSPS de 2,5 milliards de dollars afin d'aider les provinces et les territoires à financer les soins de santé et l'enseignement postsecondaire, ce qui augmente les montants du TCSPS à 15,5 milliards de dollars par année pour la période de 2000-2001 à 2003-2004.

À la suite de la réunion des premiers ministres du 11 septembre 2000, le Premier ministre annonce que les transferts de fonds du TCSPS pour la santé sont augmentés de plus de 21 milliards de dollars pour cinq ans. Les nouveaux fonds visent à répondre aux préoccupations des gouvernements provinciaux et territoriaux concernant le besoin de financement additionnel pour gérer les pressions budgétaires immédiates dans les domaines de la santé, de l'enseignement postsecondaire et des services sociaux et d'aide sociale.

Un Fonds pour l'achat d'équipement médical de 1 milliard de dollars est établi pour permettre aux provinces et aux territoires d'acheter et d'installer de l'équipement médical immédiatement pour les services de diagnostic et le traitement. Les montants sont alloués selon un montant égal par habitant pour les années 2000-2001 et 2001-2002.

2003 À la suite de l'Accord de février 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé et du budget de 2003 subséquent, les transferts fédéraux visant à appuyer les soins de santé dans les provinces et les territoires sont restructurés. Le TCSPS est accru en raison du Transfert visant la réforme des soins de santé, de 16 milliards de dollars sur cinq

ans, à partir de 2003-2004. L'adoption de deux nouveaux transferts, le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS), est prévue pour le 1er avril 2004, grâce à un partage du TCSPS.

Dans le cadre de l'Accord de 2003, le gouvernement fédéral a également décidé de fournir aux provinces et aux territoires un fonds de 1,5 million de dollars sur trois ans relativement à l'équipement médical et de diagnostic afin de financer la formation du personnel et les appareils spécialisés, qui améliorent l'accès à des services de diagnostic financés par l'État.

Chapitre 3 – Régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux en 2003-2004

Le chapitre 3 porte sur les 13 régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux qui constituent le système public d'assurance-santé du Canada. Le présent chapitre a pour objet de démontrer, de façon claire et constante, dans quelle mesure les régimes d'assurance-santé des provinces et des territoires ont satisfait aux exigences de la *Loi canadienne sur la santé* en 2003-2004.

Les fonctionnaires du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux ou territoriaux ont travaillé de concert pour fournir et passer en revue l'information. Les renseignements que chaque ministère provincial et territorial de la santé a transmis à Santé Canada pour ce rapport comportent deux volets :

- une description du système de santé provincial ou territorial en fonction des cinq conditions d'octroi et de la première condition de la *Loi canadienne sur la santé*, qui est présentée plus loin dans le présent chapitre; et
- des statistiques permettant de dégager les tendances concernant les systèmes de santé provinciaux et territoriaux qui sont incluses à la fin de chaque description narrative.

Le premier volet sert d'appui au suivi et à l'observation des régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux afin d'assurer le respect des exigences de la *Loi canadienne sur la santé*, tandis que les statistiques servent à définir et à analyser les tendances actuelles et éventuelles relatives au système de santé canadien.

Pour aider les provinces et les territoires à préparer leur contribution au rapport, Santé Canada leur a fourni le document intitulé *Rapport annuel de 2003-2004 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé – Guide de mise à jour des présentations*. Ce document, qui vise à aider les provinces et les territoires à se conformer aux exigences de Santé Canada relatives aux rapports, a été conçu à la suite de discussions avec les fonctionnaires provinciaux et territoriaux. Les révisions qui y sont apportées chaque année sont fondées sur une analyse, faite par Santé Canada, des descriptions des régimes d'assurance- santé tirées des rapports annuels précédents et d'une évaluation des nouveaux problèmes liés aux services de santé assurés.

On a lancé le processus de présentation à Santé Canada du présent rapport annuel lors d'une conférence téléphonique entre le fédéral, les provinces et les territoires fait en avril 2004. C'est alors que l'on a établi un échéancier pour la prestation de renseignements à Santé Canada et la production du rapport.

Descriptions des régimes d'assurance-santé

Pour le chapitre suivant, on a demandé aux fonctionnaires provinciaux ou territoriaux de fournir une description de leurs régimes d'assurance-santé en respectant les critères énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* afin de démontrer la façon dont les régimes respectent ces critères. Cette description comporte également des renseignements sur les moyens pris par chaque province ou territoire pour reconnaître la contribution financière du gouvernement fédéral aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé conformément aux dispositions de la *Loi*

canadienne sur la santé. Enfin, les fonctionnaires devaient décrire la gamme de services complémentaires de santé offerts par leur province ou territoire, par exemple les soins intermédiaires dans un foyer de soins, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins de santé ambulatoires.

Améliorations de l'accès aux services de soins de santé

Au cours de l'exercice 2003-2004, les provinces et les territoires ont poursuivi la mise en oeuvre d'initiatives visant à améliorer l'accès aux services de santé assurés pour les résidents. Notons, par exemple :

- ouverture, en octobre 2003, de l'Hôpital Sir Thomas Ruddick à Stephenville (Terre-Neuve), qui fournit des services à de nombreuses communautés rurales;
- ouverture, à l'Île-du-Prince-Édouard, en novembre 2003, d'un centre qui permet à la plupart des personnes atteintes de cancer de recevoir leurs traitements dans cette province;
- ouverture de 25 lits de chirurgie et d'une autre salle d'opération au Queen Elizabeth II Health Sciences Centre de Halifax (Nouvelle-Écosse) afin d'améliorer l'accès aux services hospitaliers et de remédier à l'encombrement des salles d'urgence;
- annonce par le Nouveau-Brunswick en février 2004, un projet de deux ans a été lancé dans cinq sites de pratique en collaboration en vue d'améliorer l'accès aux services de santé primaires;
- en 2003-2004, le Québec a accru le nombre de groupes de médecine de famille afin de permettre l'accès à des services médicaux 24 heures par jour;
- investissement, par l'Ontario, de 385 millions de dollars afin d'assurer une assise financière viable aux hôpitaux, de réduire les périodes d'attente pour une opération et d'augmenter le nombre de postes d'infirmières ou d'infirmiers à temps plein;
- lancement, par le Manitoba, du site Web d'information sur les périodes d'attente pour des services de santé afin d'aider patients et médecins à savoir où et comment obtenir les soins le plus rapidement possible. *Health Links-Info Santé* a été mis en oeuvre en février 2004 afin de fournir aux Manitobains de l'information sur la santé 24 heures par jour;
- lancement, par la Saskatchewan, du système *Target Time Frames for Surgery*, qui aidera les patients à obtenir des chirurgies en fonction de leurs besoins. Un financement de 15,3 millions de dollars a été annoncé pour l'achat d'équipement médical jugé prioritaire par les autorités sanitaires régionales;
- lancement de deux nouveaux sites Web, *HealthLink Alberta* et *InformAlberta*, pour aider les habitants de l'Alberta à accéder à de l'information fiable sur la santé et à découvrir les services de santé qui existent dans leur propre région sanitaire. En octobre 2003, l'Alberta a mis en oeuvre un dossier électronique de santé qui relie médecins, pharmaciens, hôpitaux, fournisseurs de soins à domicile et autres de la province, tout en protégeant l'information;
- financement accru de 6,7 millions de dollars, annoncé en septembre 2003, pour renforcer le recrutement, le maintien en poste et la formation d'infirmières et d'infirmiers dans toute la Colombie-Britannique; le 30 mai 2003, on a annoncé que l'Université de la Colombie-Britannique et l'Université de Victoria offriraient plus de places d'infirmières praticiennes et d'infirmiers praticiens;
- annonce par le Yukon, en janvier 2004, de la réalisation d'un projet pilote à l'Hôpital général de Whitehorse afin de déterminer si l'ajout de la chirurgie de remplacement du genou améliorerait l'accès aux services hospitaliers. En novembre 2003, il a été annoncé que le projet de télésanté du Yukon serait étendu à trois autres sites;
- achèvement, en 2003, des phases I et II du nouvel hôpital régional d'Inuvik, dans les Territoires du Nord-Ouest. La dernière phase de la construction de l'hôpital sera terminée en 2006; et

- lancement du réseau de télésanté Ikajuruti Inungnik Ungasiktumi (IIU) au Nunavut. Ce réseau améliore l'accessibilité des services de soins de santé en augmentant la fréquence à laquelle un patient sera reçu par un spécialiste ou par un médecin de sa communauté et en accroissant les services fournis dans la communauté par des spécialistes de l'extérieur.

Statistiques sur les régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé

Pour 2003-2004, la section statistique du rapport annuel a été simplifiée et rationalisée par suite des commentaires reçus des fonctionnaires provinciaux ou territoriaux ainsi que d'un examen de la qualité et de la disponibilité des données. Les renseignements statistiques se trouvent maintenant à la fin de l'exposé narratif de chaque province ou territoire.

Les tableaux statistiques visent à situer l'application de la *Loi canadienne sur la santé* dans son contexte et à donner un aperçu national des tendances dans la prestation et le financement des services assurés qui relèvent de cette loi.

Les tableaux statistiques renferment des données sur les ressources et les coûts pour les services hospitaliers, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire, par province et territoire, pour cinq exercices consécutifs se terminant le 31 mars.

Tous les renseignements ont été fournis par des fonctionnaires provinciaux ou territoriaux. Afin d'assurer l'uniformité des déclarations, Santé Canada a fourni aux gouvernements provinciaux ou territoriaux un document intitulé *Rapport annuel de 2003-2004 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé – Guide de mise à jour des présentations*, qui indique quels renseignements fournir et comment le faire. Ce document a été rédigé en consultation avec des représentants de chaque gouvernement provincial et territorial.

Bien que des efforts soient déployés pour saisir uniformément les données, il existe des différences dans la manière dont les gouvernements provinciaux et territoriaux déclarent les programmes et les services de soins de santé. Par conséquent, il n'y a pas de comparaisons entre les administrations.

Les gouvernements des provinces et des territoires sont responsables de la qualité et de l'exhaustivité des données qu'ils fournissent.

Organisation des renseignements

Les renseignements contenus dans les tableaux sont groupés selon les neuf sous-catégories décrites ci-dessous.

Personnes inscrites

Nombre de résidents inscrits au régime d'assurance de soins de santé de chaque province ou territoire.

Établissements publics

Les statistiques sur les établissements qui fournissent des services hospitaliers assurés, à l'exclusion des hôpitaux psychiatriques et des foyers de soins (qui ne sont pas couverts par la *Loi canadienne sur la santé*), se trouvent dans les zones 2 et 3.

Établissements privés à but lucratif

Les mesures quatre à six saisissent les statistiques sur les établissements privés de soins de santé à but lucratif qui fournissent des services hospitaliers assurés. Ces mesures ont été divisées en deux sous-catégories, selon les services fournis, conformément à la définition des services hospitaliers assurés contenue dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Services médicaux assurés dans la province ou le territoire

Les statistiques de cette sous-section concernent la prestation de services médicaux assurés aux résidents de chaque province ou territoire ainsi qu'aux visiteurs provenant d'autres régions du Canada.

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire – Hôpitaux

Cette sous-section présente les services hospitaliers assurés fournis dans une autre province ou un autre territoire à une personne voyageant à l'intérieur du Canada et qui sont payés par la province ou le territoire de résidence de cette personne.

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire – Médecins

Cette sous-section porte sur les services médicaux qu'une province ou un territoire paie à une autre province ou à un autre territoire pour ses résidents qui s'y trouvent en visite.

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada – Hôpitaux

Les services hospitaliers offerts à l'extérieur du Canada représentent les coûts des services hospitaliers engagés par une personne en dehors du Canada et qui sont payés par sa province ou son territoire de résidence.

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada – Médecins

Les services médicaux offerts à l'extérieur du Canada représentent les coûts des services médicaux engagés par une personne en dehors du Canada et qui sont payés par sa province ou son territoire de résidence.

Services de chirurgie dentaire assurés offerts dans la province ou le territoire

Les renseignements contenus dans cette sous-section décrivent les services de chirurgie dentaire offerts dans chaque province ou territoire.

Terre-Neuve-et-Labrador

Introduction

Quatorze conseils régionaux assurent la majeure partie des services de santé subventionnés par l'État à Terre-Neuve-et-Labrador. De ceux-ci, huit sont des conseils de santé en établissement, quatre sont des conseils de services de santé et de services communautaires et deux sont des conseils intégrés qui assurent à la fois des services en établissement et des services communautaires. Figurent au nombre des huit conseils de santé en établissement, un conseil provincial pour les services aux personnes atteintes du cancer et un conseil régional pour les centres de soins infirmiers, tous deux situés à St. John's.

C'est le gouvernement provincial qui nomme les membres bénévoles des conseils de santé. Ces conseils sont responsables de la prestation des services de santé dans les régions et, dans certains cas, dans l'ensemble de la province. Les conseils consultent le public afin de déterminer les besoins en matière de santé. Ils obtiennent leur financement du gouvernement provincial auquel ils doivent rendre compte de leurs activités. Le ministère de la Santé et des Services communautaires assure une orientation stratégique aux conseils et surveille les programmes et les services.

Dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador, presque 19 000 fournisseurs et administrateurs de soins de santé offrent des services de santé aux 519 000 résidents de la province.

En 2003-2004, l'amélioration des services communautaires a été la principale préoccupation du ministère de la Santé et des Services communautaires. Ce dernier a mené, à l'échelon provincial, des consultations intensives sur la santé mentale. Plus de 800 personnes ont participé à ce processus d'une durée de trois mois, dont les conclusions ont été à la base de l'élaboration d'une stratégie sur la santé mentale. Qui plus est, d'importants investissements ont été faits au titre de la prestation des services de santé et des services communautaires. L'équipement médical et de diagnostic s'est enrichi d'un nouvel appareil d'imagerie par résonnance magnétique (IRM) et des services de dialyse ont été annoncés. En outre, le ministère a poursuivi le travail entrepris relativement à l'initiative de développement des jeunes enfants et au cadre provincial de renouvellement des soins de santé primaires.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les régimes d'assurance-maladie gérés par le ministère de la Santé et des Services communautaires comprennent le régime d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance-soins médicaux (RASM). Les deux régimes sont gratuits et sont vérifiés par le vérificateur général de la province.

La *Hospital Insurance Agreement Act*, modifiée en 1994, est la loi qui régit le régime d'assurance-hospitalisation. Cette loi confère au ministre de la Santé et des Services communautaires le pouvoir d'établir des règlements visant la prestation des services assurés aux résidents de la province, selon des modalités uniformes, en application des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et des règlements y afférents.

La *Medical Care Insurance Act* (1999) a été sanctionné le 14 décembre 1999 et est entrée en vigueur le 1er avril 2000. Cette loi habilite le

ministre à administrer un régime d'assurance-soins médicaux pour les résidents de la province. Elle permet l'adoption de règlements afin d'assurer que les dispositions de la loi respectent les exigences de la *Loi canadienne sur la santé* dans la mesure où elle intéresse l'administration du régime d'assurance-soins médicaux.

Aucune modification n'a été apportée en 2003-2004 à la *Medical Care Insurance Act* (1999) ou à la *Hospital Insurance Agreement Act*.

La Division du RASM favorise la prestation de soins médicaux complets à tous les résidents de la province grâce à l'établissement de politiques, de procédés et de systèmes qui permettent de compenser les fournisseurs de façon adéquate pour la prestation de services professionnels assurés.

La Division du RASM agit conformément aux dispositions de la *Medical Care Insurance Act* (1999) et des règlements y afférents, de même qu'en conformité avec les critères de la *Loi canadienne sur la santé*.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Services communautaires a le mandat d'administrer le régime d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance-soins médicaux. Le ministère rend compte des activités de ces régimes grâce à des processus législatifs, par exemple les comptes publics.

Le ministère présentera son rapport annuel de 2003-2004 à la Chambre d'assemblée à l'automne 2004 en vertu du cadre de responsabilisation provincial. Tous les conseils de santé et certains organismes de santé soumettront également leurs rapports.

Le rapport annuel du ministère met l'accent sur les réalisations de 2003-2004 et donne un aperçu des initiatives et des programmes dont l'élaboration se poursuivra en 2004-2005. Le rapport est un document public et il est transmis aux intéressés. Il sera affiché sur le site Web du ministère.

1.3 Vérification des comptes

Chaque année, le vérificateur général de la province effectue un examen autonome des comptes publics provinciaux. On considère dorénavant que les dépenses du RASM font partie des comptes publics. Le vérificateur général dispose d'un accès complet et sans restriction aux dossiers du RASM.

Les conseils d'administration des hôpitaux sont soumis à des vérifications de leurs états financiers, à des missions d'examen et à des vérifications de la conformité. Les vérifications des états financiers sont effectuées par des cabinets de vérificateurs indépendants choisis par les conseils, conformément aux dispositions de la *Public Tendering Act*. Les missions d'examen, les vérifications de la conformité et les vérifications auprès des médecins sont effectuées par le personnel du ministère de la Santé et des Services communautaires en vertu de la *Medical Care Insurance Act* (1999) de la province. Les dossiers des médecins et les dossiers des sociétés médicales professionnelles sont étudiés afin de garantir qu'ils correspondent bien aux services facturés et que ces services sont assurés en vertu du régime d'assurance-soins médicaux.

Des vérifications auprès des assurés sont effectuées par le personnel du ministère de la Santé et des Services communautaires en vertu de la *Medical Care Insurance Act* (1999). Les personnes sont choisies au hasard toute les deux semaines.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Hospital Insurance Agreement Act* (1990) et le règlement 742/96 (1996) des Hospital Insurance Regulations régissent les services hospitaliers assurés de Terre-Neuve-et-Labrador.

Les services hospitaliers assurés sont fournis à des malades externes et à des malades hospitalisés par 33 établissements (15 hôpitaux et

18 centres de santé communautaire) et 14 postes de soins infirmiers. Les services aux malades hospitalisés comprennent :

- l'hébergement et les repas en salle commune;
- les services infirmiers;
- les services de laboratoire et de radiologie, et les autres services de diagnostic;
- les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes;
- les fournitures médicales et chirurgicales, les salles d'opération, les chambres d'attente et les installations d'anesthésie;
- les services de readaptation (p. ex. physiothérapie, praxithérapie, orthophonie et audiologie);
- les consultations externes et d'urgence; et
- les chirurgies d'un jour.

La politique de couverture des services hospitaliers assurés est associée à la politique de couverture des services médicaux assurés, en dépit de l'absence d'un processus officiel. On doit obtenir une directive du ministère pour ajouter un service hospitalier à la liste des services assurés ou pour le rayer de celle-ci. Le ministère de la Santé et des Services communautaires gère le processus.

2.2 Services médicaux assurés

La loi qui régit les services médicaux assurés est la *Medical Care Insurance Act* (1999).

Au nombre des règlements applicables en vertu de la *Medical Care Insurance Act*, mentionnons :

- le Medical Care Insurance Insured Services Regulations;
- le Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations; et
- le Medical Care Insurance Physician and Fees Regulations.

Les praticiens habilités ont l'autorisation de fournir les services médicaux assurés en vertu du régime d'assurance de Terre-Neuve-et-Labrador. Pour pratiquer dans la province, un médecin doit détenir un permis délivré par le *Newfoundland Medical Board*.

Les médecins peuvent décider de ne pas participer au régime d'assurance-maladie, tel qu'indiqué au paragraphe 12(1) de la *Medical Care Insurance Act* (1999), à savoir :

« (1) Si un médecin donnant des services assurés n'est pas un médecin participant[1], il n'est pas soumis à la présente loi ni aux règlements relatifs à la prestation de services assurés ou au paiement de ces services au moment où il fournit un service assuré à un patient, sauf qu'il doit :

a) avant de donner le service assuré, s'il désire se réserver le droit de facturer le patient pour le service en question d'un montant qui excède celui payable par le ministère en vertu de la présente loi, informer le patient qu'il n'est pas un médecin participant et qu'il peut donc facturer le patient directement;

b) fournir au patient à qui il a donné le service assuré les renseignements exigés par le ministère pour qu'il autorise le versement au patient du paiement du service assuré, en vertu de la présente loi.

(2) Si un médecin donnant des services assurés n'est pas un médecin participant par l'entremise d'une corporation médicale, cette corporation n'est pas soumise à la présente loi ni au règlement relatif à la prestation de services assurés aux bénéficiaires ou au paiement de ces services. La corporation médicale et le médecin donnant les services assurés doivent se conformer au paragraphe (1). » (traduction libre)

Aux fins de l'application de la loi, les services suivants sont couverts :

- tous les services donnés de façon justifiée et adéquate par des médecins à des patients souffrant d'une maladie qui exige un traitement ou un conseil médical;

1 La *Medical Care Insurance Act* (1999) entend par « médecin participant » un médecin qui n'a pas choisi, en vertu du paragraphe 7(3), de se faire rembourser pour des services assurés qu'il fournit aux résidents de la province d'une autre manière que par le ministre.

- ☐ les immunisations ou inoculations de groupe effectuées par des médecins à la demande d'une autorité compétente; et
- ☐ les services de laboratoire, de radiologie et autres services thérapeutiques ou de diagnostic fournis dans des établissements approuvés par une autorité compétente, et qui ne sont pas fournis en vertu de la *Hospital Insurance Agreement Act* et des règlements y afférents.

Il n'existe aucune restriction quant aux services couverts, pourvu qu'ils respectent l'une ou plus d'une des conditions décrites ci-dessus.

On doit obtenir une directive du ministère pour ajouter un service médical à la liste des services assurés ou pour rayer un service médical de celle-ci. Ce processus est lancé à la suite d'une consultation menée par le ministère auprès de divers intervenants, entre autres, auprès de l'association médicale provinciale. Le ministère gère le processus et une consultation publique doit être menée.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Le régime de chirurgie dentaire provincial est un volet du RASM. Les traitements de chirurgie dentaire justifiés et adéquats, fournis à un assuré par un dentiste dans un hôpital, sont couverts par le RASM si le traitement est d'un type précisé dans la liste des services de chirurgie dentaire assurés.

Tous les dentistes détenteurs d'un permis de pratiquer à Terre-Neuve-et-Labrador et qui bénéficient de privilèges hospitaliers sont autorisés à donner des services de chirurgie dentaire. Le permis de pratiquer la chirurgie dentaire est délivré par le *Newfoundland Dental Licensing Board*.

Les dentistes peuvent décider de se retirer du régime. Dans ce cas, ils doivent informer les patients de leur statut de dentistes non participants, en précisant les frais auxquels les patients doivent s'attendre et en leur fournissant un dossier écrit sur les services et les frais facturés. Un seul dentiste fait actuellement partie de la catégorie des dentistes non participants.

Puisque le régime de chirurgie dentaire est un volet du RASM, la gestion du régime est associée au RASM en ce qui concerne les modifications apportées à la liste des services assurés. Le ministère de la Santé et des Services communautaires gère le processus.

L'ajout d'un service de chirurgie dentaire à la liste des services assurés est soumis à l'approbation du ministère de la Santé et des Services communautaires.

2.4 Services hospitaliers, services médicaux et services de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non couverts par le régime comprennent :

- ☐ l'hébergement en chambre à supplément à la demande du patient;
- ☐ la chirurgie esthétique et autres services jugés non médicalement nécessaires;
- ☐ le transport en ambulance ou autre transport du patient qui a lieu avant l'admission à l'hôpital ou au moment du congé;
- ☐ les soins infirmiers privés demandés par le patient;
- ☐ les radiographies non médicalement nécessaires ou autres services demandés pour des raisons associées à l'emploi ou à l'assurance;
- ☐ les médicaments (à l'exception des médicaments anti-rejet et de l'AZT) et les appareils prescrits pour usage après le congé de l'hôpital;
- ☐ les téléphones, les radios ou les téléviseurs destinés à un usage personnel et non à des fins éducatives;
- ☐ les attelles de fibre de verre;
- ☐ les services couverts par les lois sur l'indemnisation des accidentés du travail ou par toute autre loi fédérale ou provinciale; et
- ☐ les services associés aux avortements thérapeutiques effectués dans des établissements non autorisés ou non

approuvés par le *Newfoundland Medical Board*.

L'utilisation des installations hospitalières pour tout service jugé non assuré par le régime d'assurance-maladie serait aussi non assurée en vertu du régime d'assurance-hospitalisation.

Pour les besoins de la *Medical Care Insurance Act* (1999), voici la liste des services médicaux non assurés :

- ☐ tout conseil donné au téléphone par un médecin à un patient;
- ☐ la distribution par un médecin de produits médicinaux, de médicaments ou d'appareils médicaux ainsi que la remise ou la rédaction d'ordonnances médicales;
- ☐ la préparation par un médecin de dossiers, de rapports ou de certificats pour un patient ou en son nom, ou encore toute communication avec un patient ou ayant trait à un patient;
- ☐ tout service rendu par un médecin à son épouse ou à ses enfants;
- ☐ tout service auquel un patient a droit en vertu d'une loi du Parlement du Canada, d'une loi de la province de Terre-Neuve-et-Labrador, d'une loi de n'importe quelle province ou territoire du Canada, ou de toute loi étrangère;
- ☐ le temps pris ou les dépenses engagées pour se déplacer afin de donner une consultation à un patient;
- ☐ les services ambulanciers et les autres formes de transport de patients;
- ☐ l'acupuncture et tous les actes et services relatifs à l'acupuncture, à l'exclusion d'une évaluation initiale spécifiquement associée au diagnostic de la maladie qu'on se propose de traiter par acupuncture;
- ☐ les examens non nécessaires en raison d'une maladie ou effectués à la demande d'une tierce partie, sauf s'ils sont précisés par l'autorité compétente;
- ☐ la chirurgie plastique ou toute autre chirurgie effectuée à des fins purement esthétiques, à moins qu'elle ne soit médicalement indiquée;
- ☐ le témoignage en cour;
- ☐ les consultations d'optométristes, d'omnipraticiens et d'ophtalmologistes qui ont pour seul but de déterminer si des lunettes ou des verres de contact nouveaux ou de remplacement sont requis;
- ☐ les honoraires des dentistes, des chirurgiens dentaires ou des omnipraticiens pour des extractions dentaires de routine effectuées à l'hôpital;
- ☐ le traitement dentaire au fluorure pour les enfants de moins de quatre ans;
- ☐ l'excision de xanthélasmas;
- ☐ la circoncision des nouveau-nés;
- ☐ l'hypnothérapie;
- ☐ l'examen médical pour les conducteurs;
- ☐ les traitements de l'alcoolisme et des toxicomanies effectués à l'extérieur du Canada;
- ☐ la consultation exigée par les règlements de l'hôpital;
- ☐ les avortements thérapeutiques effectués dans la province, mais dans un établissement non approuvé par le *Newfoundland Medical Board*;
- ☐ le réassignement sexuel chirurgical, lorsqu'il n'est pas recommandé par le *Clarke Institute of Psychiatry*;
- ☐ la fertilisation *in vitro* et la stimulation ovarienne accompagnée d'un transfert de sperme;
- ☐ la réperméabilisation tubaire ou la vasovasostomie;
- ☐ les actes chirurgicaux, thérapeutiques ou de diagnostic non fournis dans les établissements autres que ceux qui sont mentionnés dans la liste de la *Hospitals Act* ou approuvés en vertu du paragraphe 3 d);et
- ☐ les autres services qui ne sont pas couverts par l'article 3 de la loi.

Tous les services de diagnostic (p. ex. les services de laboratoire et de radiographie) sont fournis dans les établissements publics de la province. La politique hospitalière sur l'accès assure qu'un accès prioritaire n'est pas accordé aux tierces parties.

Les fournitures et les services médicaux mis en place et associés à un service assuré sont fournis aux patients gratuitement et conformément aux normes nationales régissant la pratique. Les patients conservent le droit d'améliorer les fournitures ou les services médicaux réguliers en

payant davantage. Les normes concernant les fournitures médicales sont élaborées par les hôpitaux qui donnent ces services, en consultation avec les fournisseurs de services.

Les services de chirurgie dentaire et les autres services non couverts par le programme de chirurgie dentaire sont les honoraires du dentiste, du chirurgien stomatologiste ou de l'omnipraticien pour les extractions dentaires de routine effectuées a l'hôpital.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

Les résidents de Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à la couverture offerte en vertu du régime de soins de santé provincial.

La *Medical Care Insurance Act* (1999) définit un « résident » comme une personne légalement autorisée à vivre ou à rester au Canada et qui réside dans la province, ou qui y vit habituellement, à l'exclusion des personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite dans la province.

Le règlement 20-96 des Medical Care Insurance Beneficiaries and Inquiries Regulations détermine les résidents admissibles à la couverture offerte en vertu des régimes. En tant d'administrateur des règlements, le RASM a établi des règles pour s'assurer que, dans le traitement des demandes, les règlements sont appliqués de façon cohérente et juste.

Les personnes suivantes sont au nombre de celles qui ne sont pas admissibles à la couverture offerte en vertu des régimes :

- ☐ les étudiants et les personnes à leur charge qui sont déjà couverts par un autre province ou territoire;
- ☐ les personnes à charge des résidents, si elles sont couvertes par une autre province ou territoire;
- ☐ les réfugiés, les personnes qui ont demandé qu'on leur accorde le statut de réfugié et les personnes qui sont à leur charge;
- ☐ les travailleurs étrangers détenant des permis de travail ainsi que les personnes à leur charge qui ne répondent pas aux critères établis;
- ☐ les étudiants étrangers et les personnes à leur charge;
- ☐ les personnes qui font du tourisme, sont de passage ou en visite ainsi que les personnes à leur charge;
- ☐ le personnel des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC);
- ☐ les détenus sous responsabilité fédérale; et
- ☐ le personnel des Forces armées d'autres pays stationné dans la province.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour avoir accès aux services assurés, une personne doit être inscrite au régime d'assurance-soins médicaux (RASM) et posséder une carte d'assurance-maladie valide. On conseille aux nouveaux résidents de faire leur demande d'inscription dès que possible après leur arrivée à Terre-Neuve-et-Labrador.

L'inscription d'un nouveau-né ou d'en enfant adopté incombe aux parents. Les parents d'un nouveau-né se verront remettre un formulaire de demande d'inscription au moment du congé de l'hôpital. Dans la plupart des cas, les demandes de couverture pour un nouveau-né devront être accompagnées du numéro de RASM valide d'un des parents. Si le nom de famille de l'enfant diffère de celui des parents, un certificat de naissance ou de baptême sera exigé.

Les demandes de couverture d'un enfant adopté devront être accompagnées d'une copie des documents d'adoption officiels, du certificat de naissance de l'enfant ou d'un avis de placement en vue d'une adoption fournis par le ministère de la Santé et des Services communautaires. Les demandes de couverture d'un enfant adopté à l'extérieur du Canada devront être accompagnées des documents de résident permanent de l'enfant.

3.3 Autres catégories de personnes

Les travailleurs et les ecclésiastiques étrangers, ainsi que les personnes à charge des membres de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord (OTAN) sont admissibles à la couverture de l'assurance-maladie. Les détenteurs de permis ministériels y sont aussi admissibles, sous réserve de l'agrément du RASM.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées dans une autre province ou un autre territoire qui déménagent à Terre-Neuve-et-Labrador sont admissibles à la couverture à compter du premier jour du troisième mois de leur arrivée.

Les personnes qui arrivent de l'extérieur du Canada pour établir leur résidence dans la province sont admissibles à la couverture le jour même de leur arrivée. Les mêmes règles s'appliquent aux membres des Forces canadiennes et de la GRC qui prennent leur retraite et aux détenus libérés de pénitenciers fédéraux. Cependant, pour que la couverture soit effective, ces personnes doivent s'inscrire au RASM. Sont immédiatement couvertes, les personnes de l'extérieur du Canada qui sont autorisées à travailler dans la province pour une année ou plus.

4.2 Couverture au cours d'absences temporaires au Canada

La province de Terre-Neuve-et-Labrador est signataire de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité en ce qui concerne les questions ayant trait à la transférabilité de services assurés au Canada.

Les articles 12 et 13 des Hospital Insurance Regulations (1996) définissent la transférabilité de la couverture des soins hospitaliers au cours d'absences temporaires à l'intérieur et à l'extérieur du Canada. La transférabilité de la couverture des soins médicaux au cours d'absences temporaires au Canada ou à l'étranger est définie dans la politique du ministère de la Santé et des Services communautaires.

La politique d'admissibilité prévue pour les services hospitaliers assurés est associée à la politique d'admissibilité aux services médicaux assurés, bien qu'il n'existe pas de processus officiel.

Une couverture est offerte aux résidents de la province qui s'absentent temporairement de celle-ci sans toutefois quitter le Canada. La province a conclu des ententes officielles (c.-à-d. l'Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers) avec les autres provinces et territoires pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Les coûts de ces services sont remboursés selon des taux normalisés approuvés par la province ou le territoire hôte. Les interventions coûteuses pour le traitement de malades hospitalisés et les services fournis aux malades externes sont remboursés en fonction des taux nationaux auxquels les régimes de santé des provinces et des territoires ont consenti.

Dans toutes les provinces, sauf au Québec, et dans tous les territoires, les services médicaux fournis sont payés grâce à l'Entente de facturation réciproque des soins médicaux, aux taux de la province ou du territoire hôte. Les réclamations concernant les services médicaux reçus au Québec sont présentées par le patient au RASM pour paiement aux taux de la province hôte.

Afin d'être admissible à une couverture en dehors de la province, un bénéficiaire doit observer les lois et les règles du RASM en ce qui a trait à la résidence dans la province de Terre-Neuve-et-Labrador. Pour être assurée, une personne doit résider dans la province pendant au moins quatre mois consécutifs pour chaque période de douze mois. En générale, les règles concernant la couverture médicale et hospitalière au cours des absences sont les suivantes :

- ☐ avant de quitter la province pour des périodes prolongées, les personnes doivent

communiquer avec le RASM pour obtenir un certificat de couverture hors province;

- ☐ les assurés quittant la province pour des vacances peuvent recevoir un certificat de couverture hors province initial afin d'être couverts pour une période d'au plus douze mois. À leur retour, les assurés doivent résider dans la province pendant un minimum de quatre autres mois consécutifs. Par la suite, les certificats émis ne le seront que pour une couverture allant jusqu'à huit mois;
- ☐ les étudiants quittant la province peuvent recevoir un certificat, renouvelable chaque année, à la condition qu'ils fournissent la preuve de leur inscription à des études à plein temps dans une école reconnue située à l'extérieur de la province;
- ☐ les personnes quittant la province pour occuper un emploi peuvent recevoir un certificat couvrant une période d'au plus douze mois. Une vérification de l'emploi peut alors être exigée;
- ☐ les personnes ne doivent pas établir leur résidence dans une autre province, un autre territoire ou un autre pays tout en maintenant leur couverture en vertu du régime d'assurance-soins médicaux de Terre-Neuve;
- ☐ pour les voyages hors province d'une durée de trente jours ou moins, un certificat de couverture hors province n'est pas exigé, mais il sera délivré sur demande;
- ☐ pour les voyages hors province d'une durée de plus de trente jours, un certificat est exigé comme preuve que la personne peut payer les services qu'elle obtient pendant qu'elle est à l'extérieur de la province; et
- ☐ le fait de ne pas demander la couverture hors province ou de ne pas se soumettre aux règles concernant la résidence peut avoir pour conséquence, pour le résident, d'avoir à payer le coût total de toute facture pour des services médicaux ou hospitaliers reçus hors province.

Les résidents assurés qui déménagent de façon permanente dans d'autres régions du Canada sont couverts jusqu'au dernier jour du deuxième mois suivant le mois de leur départ, ce dernier jour étant inclus. La couverture est immédiatement interrompue quand des résidents déménagent de façon permanente dans d'autres pays.

4.3 Couverture au cours d'absences temporaires à l'étranger

La province offre une couverture à ses résidents pendant leurs absences temporaires du Canada. Les services hospitaliers fournis à des malades hospitalisés et à des malades externes à l'extérieur du pays sont couverts en cas d'urgence, de maladies subites et de traitements non urgents, à des taux préétablis. Les services hospitaliers seront considérés comme couverts sous le régime de santé lorsque ces services assurés sont fournis par un établissement reconnu (autorisé ou approuvé par l'autorité compétente qui se trouve à l'intérieur de l'État ou du pays où se situe cet établissement) à l'extérieur du Canada. Le montant maximal payable par l'assurance-hospitalisation gouvernementale pour des soins hospitaliers fournis à l'étranger à des malades hospitalisés est de 350 dollars par jour, si les services assurés sont fournis dans un hôpital communautaire ou régional. Lorsque les services assurés sont fournis dans un hôpital de soins tertiaires (établissement hautement spécialisé), le taux approuvé est de 465 dollars par jour. Le taux approuvé pour des services fournis à des malades externes est de 62 dollars par visite; pour l'hémodialyse, le montant approuvé est de 220 dollars par traitement. Les taux approuvés sont payés en monnaie canadienne.

Les services médicaux sont couverts en cas d'urgence ou de maladies subites de même que pour des services non urgents qui ne sont pas disponibles dans la province ou au Canada. Les services médicaux sont payés au taux qui aurait été payé à Terre-Neuve-et-Labrador pour le même service. Si les services ne sont pas disponibles à Terre-Neuve-et-Labrador, ils sont habituellement payés aux taux de l'Ontario ou aux taux s'appliquant dans une province où ils sont offerts.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

L'approbation préalable n'est pas exigée pour des services assurés médicalement nécessaires donnés par des hôpitaux autorisés ou par des médecins habilités dans d'autres provinces ou territoires.

Si un résident de la province doit se rendre à l'extérieur du pays pour obtenir des soins hospitaliers spécialisés parce que le service assuré n'est pas disponible au Canada, le régime provincial d'assurance-maladie payera le coût des services nécessaires à ses soins. Toutefois, dans de telles circonstances, une approbation préalable doit être obtenue auprès du ministère de la Santé et des Services communautaires. Les médecins orienteurs doivent communiquer avec le ministère ou le RASM pour obtenir l'approbation préalable.

Aucune approbation préalable n'est exigée pour les services médicaux; toutefois, on suggère que les médecins obtiennent une autorisation préalable auprès du régime de façon à sensibiliser les patients à l'aspect financier des services. Les omnipraticiens et les spécialistes peuvent demander une approbation préalable au nom de leurs patients. L'approbation préalable n'est pas accordée pour la prestation de services non urgents à l'étranger si ces services sont disponibles dans la province ou ailleurs au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

À Terre-Neuve-et-Labrador, l'accès aux services de santé assurés est accordé selon des modalités uniformes. Dans la province, il n'existe aucune exigence de participation aux frais, dans le cas des services hospitaliers assurés, ni aucune surfacturation par les médecins.

5.2 Accès aux services hospitaliers

Terre-Neuve-et-Labrador compte un effectif de professionnels de soins de santé de près de 19 000 personnes. La moitié de ces personnes font partie de groupes professionnels réglementés.

La disponibilité des professionnels de la santé constitue une priorité absolue dans cette province, particulièrement dans les régions rurales.

Le Comité directeur de la planification des ressources humaines du ministère de la Santé et des Services communautaires a achevé son rapport final sur la planification des ressources humaines à l'automne 2003. Ce rapport récapitule les conclusions du comité et renferme des recommandations clés. Des prévisions en matière de main-d'oeuvre ont été établies pour treize métiers en santé. En outre, le ministère a fait rapport sur les tendances de l'indicateur relevant de l'employeur, a parachevé une analyse de la disponibilité des infirmières accréditées et des infirmières auxiliaires autorisées, a établi des projections de retraite pour l'ensemble de l'effectif et a fait partie du Comité de la retraite anticipée, présidé conjointement par le Secrétariat du Conseil du Trésor et le syndicat des infirmières de Terre-Neuve-et-Labrador. Le ministère collabore également à une étude portant sur la planification de la formation et de l'éducation dans le domaine de la santé dans la région de l'Atlantique qui, selon les prévisions, prendra fin en mars 2005. Ce projet rendra possible la consolidation des projections en ressources humaines à l'échelon de l'Atlantique, ce qui permettra aux quatre provinces de prendre part à des activités conjointes de formation et d'éducation lorsque cela sera possible.

Selon les prévisions dont il est fait état dans le rapport sur la planification des ressources humaines, des pénuries de main-d'oeuvre peuvent survenir dans certains métiers de santé, surtout dans les groupes de professionnels des secteurs paramédicaux plus jeunes et plus mobiles, qui ont un roulement élevé. En règle générale, l'étude a révélé qu'en dépit du fait qu'on devra se pencher sur des questions des ressources humaines en

santé, on prévoit que le système sera stable au cours des trois à cinq prochaines années.

Fidèle à sa promesse d'inciter les professionnels de la santé qui ont terminé leurs études à demeurer dans la province, le ministère de la Santé et des Services communautaires a offert un certain nombre de bourses en échange de l'engagement à fournir des services. Au total, environ un million de dollars a été versé, en 2003-2004, sous forme de bourses accordées à trente-sept médecins et résidents. Dans les secteurs paramédicaux, 17 bourses ont été accordées à des étudiants qui terminaient leurs études dans des domaines comme la physiothérapie, la praxithérapie, l'orthophonie, l'audiologie, la psychologie clinique et la pharmacie. En outre, dix bourses ont été versées à des infirmières praticiennes. Environ 50 étudiantes en soins infirmiers ont profité du programme d'encouragement axé sur la prestation de soins infirmiers dans les régions rurales. Qui plus est, trois bourses ont été décernées par le ministère dans le cadre du programme de bourses accordées aux diplômés en administration sanitaire.

Un nouvel hôpital a été ouvert à Stephenville et le transfert des activités se déroulant dans l'ancien établissement a été effectué. Le nouvel hôpital, dont la construction a coûté 34,5 millions de dollars, renferme 46 lits et une unité d'hémodialyse comprenant quatre postes et offre des services de chirurgie générale, de médecine interne, d'obstétrique et de gynécologie, d'ophthalmologie et de santé mentale.

Une nouvelle aile a été ajoutée à l'hôpital régional de Gander, où sont regroupés des salles d'opération d'avant-garde, des unités de soins intensifs et coronariens, des services d'urgence et externes ainsi que de l'équipement et des technologies auxiliaires.

Certains conseils de santé ont procédé à des examens des meilleures pratiques et des opérations afin d'améliorer la prestation des services et de réduire les déficits.

En 2003-2004, le gouvernement a investi 25,4 millions de dollars au chapitre de l'équipement médical et de diagnostic; 24,9 millions de dollars ont été versés par le gouvernement fédéral dans le cadre de l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé et la somme de 500 000 $ a été puisée à même des sources provinciales. Les fonds ont été affectés à l'achat d'équipement comme des appareils de radiographie, des appareils ultrasoniques, de l'équipement utilisé en médecine nucléaire et un deuxième appareil d'imagerie par résonnance magnétique (IRM). Les préparatifs sont désormais en cours en vue de l'installation à Corner Brook du nouvel appareil d'IRM.

Un programme provincial de traitement des maladies du rein a été mis en place, à Terre-Neuve-et-Labrador, aux fins d'établissement des orientations stratégiques en matière de soins aux personnes atteintes de néphropathies. L'achat de deux nouveaux appareils de dialyse a été annoncé, ce qui portera à sept, d'ici un an ou deux, le nombre de cliniques satellites où des services de dialyse seront offerts.

Pour ce qui est de la disponibilité de certains services et matériel médicaux, chirurgicaux, thérapeutiques ou de diagnostic dans les établissements offrant des services hospitaliers assurés :

- ☐ l'imagerie par résonnance magnétique (IRM) est offerte à St. John's;
- ☐ les tomodensitomètres ne sont disponibles qu'à St. John's, à Carbonear, à Clarenville, à Gander, à Grand Falls et Windsor, à Corner Brook, à St. Anthony et à Happy Valley et Goose Bay;
- ☐ les services de dialyse rénale sont offerts à St. John's, à Clarenville, à Grand Falls et Windsor, à Corner Brook et à Stephenville;
- ☐ la thérapie anticancéreuse est offerte au Dr. H. Bliss Murphy Cancer Centre, à St. John's et aux cliniques satellites à Gander, à Grand Falls et Windsor, à Corner Brook et à St. Anthony; et
- ☐ des services chirurgicaux spécialisés sont offerts dans six hôpitaux régionaux.

Des services chirurgicaux de base sont également offerts dans ces établissements de même que dans sept hôpitaux de district. La chirurgie tertiaire, comme la traumatologie, la chirurgie cardiaque, la chirurgie néonatale et la neurochirurgie, est offerte uniquement à St. John's. Les soins quaternaires ne sont pas offerts. Pour avoir accès à ces soins, les résidents doivent se rendre dans des établissements qui se trouvent à l'extérieur de la province.

En octobre 2003, le Ministère a formé un Groupe de travail provincial sur la prévention des infections en ce qui a trait à des maladies transmissibles qui sévissent dans les établissements de santé et au sein des services ambulanciers. Ce groupe de travail avait pour mission d'évaluer la situation actuelle relativement aux méthodes, aux procédés et aux ressources sanitaires dans les établissements pour lutter contre les infections et il a fait des recommandations sur les améliorations à apporter, au besoin. Le groupe de travail a présenté ses conclusions à l'hiver 2003. Le gouvernement est en train d'étudier celles-ci.

A l'issue d'une vaste consultation publique, le ministère a approuvé le cadre provincial de renouvellement des soins de santé primaires intitulé *Moving Forward Together: Mobilizing Primary Health Care*. Ce cadre renferme les grandes lignes de la structure du remaniement des soins de santé primaires à Terre-Neuve-et-Labrador qui s'effectuera suivant une approche progressive.

Le cadre prône quatre objectifs : (1) meilleur accès aux soins de santé primaires et viabilité de ceux-ci; (2) accent sur l'autonomie et la santé des citoyens et des collectivités; (3) promotion d'une approche fondée sur le travail d'équipe, l'interdisciplinarité et les résultats scientifiques en matière de prestation de services; et (4) imputabilité et satisfaction accrues des professionnels de la santé. La province apportera son concours, entre autres, en créant le Bureau des soins primaires et le Conseil consultatif des soins de santé primaires, en établissant des liens avec des programmes collégiaux et universitaires locaux et des associations professionnelles et en formant des groupes de travail provinciaux à l'appui de l'apprentissage et de la résolution des problèmes et du renforcement des capacités des fournisseurs.

Sept propositions de projets d'équipe interdisciplinaires de soins de santé primaires ont été approuvées dans diverses régions de la province.

Des groupes de travail sur les soins de santé primaires ont été formés afin d'établir des partenariats, des mécanismes et des outils visant la modification du cadre des fonctions, les modèles de rémunération des médecins et la gestion des données. Les dossiers électroniques de la santé constituaient la préoccupation initiale.

Des ententes ont été conclues relativement à deux projets de l'Atlantique : *Building a Better Tomorrow Initiative* (BBTI) et *Self-care Telecare*. Le premier favorisera la constitution de groupes et d'équipes interprofessionnelles et modifiera le mode de gestion des projets. Dans le cadre du deuxième projet, une évaluation des besoins a également été lancée relativement à un service de consultation téléphonique qui fonctionnerait 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

La diffusion du document de discussions intitulé *Working Together for Mental Health: A Proposed Mental Health Services Strategy for Newfoundland and Labrador*, a été suivie par une consultation menée auprès de plus de 800 personnes et qui a duré trois mois.

Le rapport intitulé *Investing in Health – A Report on Public Health Capacity in Newfoundland and Labrador* récapitule les conclusions en ce qui concerne la capacité en matière de santé publique et renferme des recommandations en vue de la prise de mesures ultérieures visant la protection de la santé, la prévention des blessures et la protection de la population contre les maladies transmissibles et chroniques, existantes ou nouvelles.

Le Système d'information sur la santé publique (SISP-i), élaboré par Santé Canada, a été mis à l'essai dans l'est de la province en tant qu'outil

d'optimisation de la surveillance des maladies et de la gestion des cas.

5.3 Accès aux services médicaux et aux services de chirurgie dentaire assurés

Le nombre de médecins qui pratiquent dans la province est relativement stable, mais une tendance à la hausse se dessine depuis 2003. En ce qui concerne les médecins, le ministère de la Santé et des Services communautaires est déterminé à travailler avec les conseils régionaux de santé à l'élaboration d'un plan de ressources humaines qui repose sur le principe de l'accès aux services.

En 2003-2004, quatre nouveaux médecins, qui avaient auparavant bénéficié de l'aide financière accordée par l'un des programmes de bourses du ministère, ont commencé à pratiquer dans la province. Au total, 37 bourses ont été décernées, en 2003-2004, à des étudiants et à des résidents qui en étaient à divers stages de leur formation, ce qui représente une hausse importante par rapport aux années précédentes.

5.4 Rémunération des médecins

La loi régissant les honoraires versés aux médecins et aux dentistes au titre des services assurés est la *Medical Care Insurance Act* (1999).

Les méthodes actuelles de rémunération des médecins pour la prestation des services de santé assurés comprennent la rémunération à l'acte, à salaire et à forfait, et le financement global à la séance.

Les ententes sur la rémunération des médecins sont négociées entre le gouvernement provincial de Terre-Neuve-et-Labrador et la *Newfoundland and Labrador Medical Association* (NLMA), avec la participation de la *Newfoundland and Labrador Health Boards Association*, selon des méthodes de négociation traditionnelles et officielles. Découlant de l'entente la plus récente, le Comité de liaison des services de médecins a été créé en octobre 2002, comme mécanisme de collaboration permettant au gouvernement et à la NLMA de traiter les questions médicales de préoccupation commune.

En 2003, un accord a été conclu, par voie de médiation, avec l'association médicale provinciale débouchant sur la mise en oeuvre, en mai 2003, d'une entente de trois ans. Au total, celle-ci prévoyait l'attribution de 54 millions de dollars sur une période de trois ans. Il s'agissait d'une entente unique car elle prévoyait diverses hausses pour divers groupes de médecins rémunérés à l'acte, fondées sur des comparaisons des taux de rémunération avec leurs homologues des Maritimes, des fonds destinés à accroître les taux dans le service des urgences, une politique universelle de rémunération sur appel et des augmentations de salaire de 18 pour cent.

Le mécanisme de règlement des différends sur lequel on s'est entendu aux fins de la détermination des déficits ou des surplus pour ce qui est de la rémunération des services est celui de la médiation, en conformité avec la *Arbitration Act*.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le ministère de la Santé et des Services communautaires est responsable du financement des conseils régionaux au titre des activités permanentes et de l'acquisition d'immobilisations. Le financement des services assurés est accordé aux conseils à même un budget annuel global et ces fonds annuels sont répartis en douze paiements mensuels versés à l'avance. Les paiements sont versés aux conseils régionaux conformément à la *Hospital Insurance Agreement Act* (1990) et à la *Hospitals Act*. L'obligation des conseils de rendre des comptes au gouvernement comprend la nécessité de se conformer aux

exigences annuelles de présentation de rapports au ministère, entre autres, des états financiers vérifiés et d'autres données financières et statistiques. Le processus d'établissement du budget global accorde à tous les conseils désignés le pouvoir, la responsabilité et l'obligation de rendre compte de l'enveloppe budgétaire dans le cadre de l'exécution de leurs mandats.

Au cours de l'exercice financier, les conseils de santé peuvent présenter au ministère de la Santé et des Services communautaires des demandes de financement additionnel fondées sur des changements survenus dans les programmes ou sur une augmentation de la charge de travail. Ces demandes seront examinées et, si elles sont approuvées par le ministère, financées à la fin de chaque exercice financier. Toutes les corrections du niveau annuel de financement, comme dans le cas d'augmentations de salaires négociées, de postes supplémentaires approuvés ou de changements dans les programmes, sont financées en fonction de la date d'entrée en vigueur de ces augmentations et des besoins de trésorerie de l'exercice en question.

Les conseils ont de constants défis à relever en raison des demandes accrues du système de santé alors que les coûts augmentent, que les charges de travail du personnel s'alourdissent, que les attentes des patients sont plus grandes et que les technologies de pointe exigent toujours plus de temps, de ressources et de financement. Les conseils continuent à travailler de concert avec le ministère de la Santé et des Services communautaires pour traiter ces questions et fournir des services de santé efficaces et de qualité.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le financement que consent le gouvernement fédéral par le truchement du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) a été reconnu et mentionné par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador dans des communiqués de presse, dans les sites Web du gouvernement et dans divers autres documents. Pour l'exercice financier 2003-2004, ces documents comprenaient :

- ☐ les comptes publics de 2003-2004, volume I;
- ☐ les prévisions pour 2004-2005; et
- ☐ le discours du budget pour 2004.

Les rapports, qui ont été déposés par le gouvernement à l'Assemblée législative, sont accessibles aux résidents de Terre-Neuve-et-Labrador et ont été communiqués à Santé Canada à titre d'information.

7.0 Services complémentaires de santé

Le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador a mis sur pied des programmes de soins de longue durée en établissement et des programmes communautaires comme solutions de rechange aux services hospitaliers. Voici quelques-uns de ces programmes qui sont fournis par sept conseils régionaux :

L'hébergement de longue durée en établissement est prévu pour les clients nécessitant des soins infirmiers importants dans 18 centres de santé communautaire et 22 centres de soins infirmiers. Il y a environ 2 800 lits se trouvant dans ces 40 établissements. Les résidents paient un maximum de 2 800 dollars par mois, en fonction de leur capacité de payer qui est déterminée selon les critères provinciaux d'évaluation de la situation financière. Le reste du financement nécessaire au fonctionnement de ces établissements est fourni par le ministère de la Santé et des Services communautaires.

Les personnes ayant besoin de visites de surveillance ou d'assistance minimale dans les activités quotidiennes peuvent se prévaloir des services résidentiels offerts dans les foyers de soins personnels. Il y a environ 2 400 lits dans 110 centres un peu partout dans la province. L'exploitation de ces centres est entre les mains du secteur privé à but non lucratif. Les résidents paient tout au plus 1 110 dollars par mois, montant établi à la suite de l'évaluation de chaque client fondée sur des critères financiers normalisés.

Services de soins à domicile

Les services de soins à domicile comprennent les soins de soutien professionnel et non professionnel permettant aux personnes de demeurer chez elles aussi longtemps que possible sans risque. Les services professionnels comprennent les soins infirmiers et certains programmes de réadaptation. Ces services sont financés par l'État et assurés par le personnel dont les six conseils régionaux ont retenu les services.

Les services non professionnels comprennent les soins personnels, l'administration de la maison, les soins de répit et la maîtrise du comportement. Ces services sont assurés par des aides à domicile par l'entremise d'une agence ou en vertu d'ententes de soins autogérés. L'admissibilité aux services non professionnels est établie à l'aide d'une évaluation de la situation financière du client selon les critères provinciaux. Le plafond actuel établi pour les services de soutien à domicile est de 2 707 dollars pour les personnes âgées et de 3 875 dollars pour les personnes souffrant d'une incapacité.

Programme d'aide spéciale

Le programme provincial d'aide spéciale offre aux personnes admissibles des services de base d'aide financière et d'aide dans les activités quotidiennes. Ces services comprennent l'accès à des fournitures médicales, à de l'oxygène, à des orthèses et à de l'équipement.

Régimes d'assurance-médicaments

Le régime d'assurance-médicaments destiné aux aînés est offert aux résidents de plus de 65 ans qui reçoivent le Supplément de revenu garanti et qui sont inscrits à la Sécurité de la vieillesse. L'assurance couvre la partie du coût des produits d'ordonnance assurés qui correspond aux ingrédients. Tous les coûts additionnels, tels les honoraires du pharmacien, sont à la charge de l'assuré. Les prestataires du soutien du revenu sont admissibles au *Social Services Drug Plan*, qui couvre le coût total des produits d'ordonnance assurés, ce qui comprend une marge bénéficiaire fixe et les honoraires du pharmacien.

Autres programmes

Le ministère de la Santé et des Services communautaires administre les programmes de services ambulanciers aériens et routiers par l'intermédiaire de la Division des services de santé d'urgence.

Le programme de services ambulanciers routiers fournit des services de transport, de soins et de traitement intermédiaires et d'urgence préhospitaliers. Il comprend également le transfert des patients d'un établissement à l'autre et le retour de ces derniers à leur lieu de résidence. L'exploitation des services ambulanciers routiers relèvent de 59 organismes – 30 sociétés privées, 22 groupes communautaires ou bénévoles et sept conseils régionaux de santé disséminés un peu partout dans la province.

Le programme de services ambulanciers aériens fournit le transport aérien aux patients qui ont besoin de soins d'urgence et qui ne peuvent être transportés par une ligne aérienne commerciale ou par les services ambulanciers routiers parce qu'il y a urgence, que ce type de transport prendrait trop de temps ou que l'endroit en question est isolé. Sont utilisés aux fins de ce programme deux avions à voilure fixe et cinq hélicoptères nolisés. Ces hélicoptères servent également au transport des médecins et des infirmières qui se rendent dans les collectivités éloignées pour y organiser des cliniques. Au Labrador, un troisième avion à voilure fixe est utilisé pour les transports régionaux des personnes nécessitant des soins médicaux, y compris les résidents des collectivités côtières de Happy Valley et de Goose Bay qui ont des rendez-vous chez le médecin.

Les résidents qui doivent utiliser une ligne aérienne commerciale pour avoir accès à des services assurés médicalement nécessaires, non disponibles dans leur région de résidence ou dans la province, peuvent être admissibles à une aide financière en vertu du Programme d'aide pour le transport des malades. Ce programme est administré par le ministère de la Santé et des

Services communautaires. Les donneurs de reins ainsi que les donneurs de moelle osseuse et de cellules-souches peuvent recevoir une aide financière, conformément aux dispositions prévues à cette fin par la *Health Care Corporation of St. John's*, lorsque le receveur est un résident de Terre-Neuve-et-Labrador admissible à la couverture en vertu du régime d'assurance-hospitalisation et du régime d'assurance-soins médicaux de la province.

Le régime de soins dentaires comprend une composante de soins dentaires pour les enfants et une composante d'aide sociale. Dans le premier cas, le programme couvre les services dentaires suivants pour tous les enfants de douze ans ou moins : examens tous les six mois; nettoyage tous les douze mois; applications de fluorure tous les douze mois pour les enfants de six à douze ans; radiographies (certaines restrictions sont imposées); obturations et extractions; et certaines autres interventions précises qui doivent être approuvées avant le traitement. Les services suivants sont offerts en vertu du volet de l'aide sociale aux bénéficiaires de l'aide sociale de treize à dis-sept ans : examens (tous les 24 mois); radiographies (certaines restrictions sont imposées); obturations et extractions ordinaires; extractions d'urgence, lorsque le malade consulte le dentiste en raison de douleur, d'une infection ou d'un traumatisme. Les adultes recevant des prestations d'aide sociale sont admissibles aux soins d'urgence et aux extractions. Les assurés couverts en vertu du régime de soins dentaires doivent verser une quote-part directement au dentiste pour chaque service assuré (p. ex. obturations, extractions, etc.), à l'exception des examens, des nettoyages, des applications de fluorure, des radiographies et des tenons en cas d'obturation. Lorsqu'il s'agit d'un prestataire du soutien du revenu, la quote-part est versée par le régime de soins dentaires.

	Personnes inscrites				
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	618 118 [1]	616 944 [2]	565 000 [3]	560 644 [4]	599 907 [5]

	Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire				
Établissements publics	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	33	32	32	32	33
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	33	32	32	32	33
3. Paiements ($) :					
a. soins de courte durée	509 018 766	537 428 824	619 884 087	672 874 609 [5]	681 953 170 [6]
b. soins chroniques	0	0	0	0	
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	
d. autres	0	0	0	0	
e. total	509 018 766	537 428 824	619 884 087	672 874 609 [5]	681 953 170 [6]
Établissements privés à but lucratif	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	1	1	1	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	1	1	1	1	1
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
6. Paiements totaux destinés aux ($) :					
a. installations chirurgicales	387 030	270 750	338 200	286 425	280 250
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	387 030	270 750	338 200	286 425	280 250

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
7. Nombre de médecins participants (#) : [7]					
a. omnipraticiens	432 [8]	437 [8]	448 [8]	478 [8]	414 [8]
b. spécialistes	480 [8]	485 [8]	504 [8]	500 [8]	545 [8]
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	912 [8]	922 [8]	952 [8]	978 [8]	959 [8]
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#):					
a. omnipraticiens	2 489 000	2 340 000	2 263 000	2 147 000	2 109 987
b. spécialistes	2 443 000	2 318 000	2 218 000	2 206 000	1 843 902
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	4 932 000	4 657 000	4 481 000	4 353 000	3 953 889
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte ($) :					
a. omnipraticiens	42 429 000	43 251 000	42 751 000	50 961 000	62 613 000
b. spécialistes	72 780 000	73 239 000	75 177 000	78 157 000	90 739 000
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	115 209 000	116 490 000	117 928 000	129 118 000	153 352 000
12. Paiement moyen par frais de service ($) :					
a. omnipraticiens	17,05	18,49	18,89	23,74	23,97
b. spécialistes	29,79	31,60	33,90	35,43	38,79
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. tous les services	23,36	25,01	26,32	29,66	31,38
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) : [9]					
a. médicaux	3 104 000	2 878 000	2 728 000	2 607 000	non disponible
b. chirurgicaux	468 000	433 000	398 000	379 000	non disponible
c. diagnostics	1 361 000	1 346 000	1 345 000	1 367 000	non disponible
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	4 932 000	4 657 000	4 481 000	4 353 000	3 953 889
14. Paiements totals effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement ($) : [9]					
a. médicaux	72 500	71 987	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	10 923	10 834	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	31 786	33 670	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible	non disponible
e. total	115 209 000	116 490 000	117 928 000	129 118 000	153 352 000
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement ($) : [9]					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	sans objet	sans objet	non disponible	non disponible	non disponible
e. tous les services	23,36	25,01	26,30	29,66	31,38

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	1 549	1 699	1 681	1 588	1 640
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	25 546	24 929	26 155	26 464	26 305
18. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	10 144 354	10 608 368	10 312 515	10 817 595	12 397 072
19. Paiements totaux, consultations externes ($)	3 138 582	3 047 375	3 213 978	3 488 186	3 303 844
20. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	6 549,00	6 244,00	6 135,00	6 812,00	7 559,00
21. Paiement moyen, consultations externes ($)	123,00	122,00	123,00	132,00	126,00
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
22. Quantité de services (#)	161 000	173 000	143 000	143 000	121 072
23. Paiements totaux ($)	4 327 000	4 562 000	4 082 000	4 231 000	4 222 118
24. Paiement moyen par service ($)	28,41	26,35	28,56	29,57	34,87

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	73	111	62	61	62
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	260	287	258	278	283
27. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	198 072	1 102 540	123 692	269 963	363 153
28. Paiements totaux, consultations externes ($)	15 626	36 260	22 567	18 432	167 588
29. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	2 713,00	9 933,00	1 995,00	4 426,00	5 857,00
30. Paiement moyen, consultations externes ($)	60,00	126,00	87,00	66,00	592,00
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
31. Quantité de services (#)	4 000	6 000	4 000	3 000	5 342
32. Paiements totaux ($)	107 000	424 000	67 000	172 000	473 460
33. Paiement moyen par service ($)	19,61	70,16	16,37	54,30	88,63

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
34. Nombre de dentistes participants (#)	35	35	26	33	non disponible
35. Nombre de services fournis (#)	9 000	11 000	10 000	11 000	non disponible
36. Paiements totaux ($)	354 000	389 000	409 000	419 000	non disponible
37. Paiement moyen par service ($)	38,73	35,06	39,82	37,76	non disponible

Notes

1. Les données datent du 1er mars 2000.
2. Les données datent du 11 avril 2001.
3. Les données datent du 30 avril 2002.
4. Les données datent du 15 avril 2003.
5. Les données datent du 17 mai 2004.
6. Nouvelle méthodologie pour 2002-2003. Comprend les dépenses d'exploitation seulement. Les paiements représentent les transferts du régime provincial de santé aux conseils régionaux de soins de santé dans le but de fournir des services de soins actifs assurés.
7. Exclut les médecins qui ne pratiquent plus.
8. Total des médecins salariés et rémunérés à l'acte.
9. Rémunération à l'acte.

Île-du-Prince-Édouard

Introduction

Le ministère de la Santé et des Services sociaux est un vaste système complexe de services intégrés qui visent la protection, le maintien et l'amélioration de la santé et du mieux-être des Prince-Édouardiens. Notre souci premier est d'établir un système viable. Les dépenses en matière de santé et de services sociaux ont augmenté très rapidement au cours des dernières années, pour atteindre 42 pour cent des dépenses totales du gouvernement provincial en matière de programmes sociaux. L'une des raisons qui entravent notre capacité de maintenir les services est le manque de professionnels de la santé.

Le taux élevé de maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète et les maladies mentales dans la province nous préoccupe. Les projets de mieux-être aideront les Prince-Édouardiens à prendre la responsabilité de leur santé et à atteindre le meilleur état de santé possible. La réalisation de tels objectifs passe par l'établissement de partenariats avec les communautés en vue de promouvoir de saines habitudes de vie et de réduire les facteurs de risque qui contribuent à l'apparition de maladies chroniques, de même que par l'élargissement de l'accès aux services de santé primaires qui appuient la prévention des maladies et la gestion des soins thérapeutiques.

Le recrutement, la conservation du personnel et la planification des ressources humaines demeureront prioritaires afin de garantir une disponibilité de main-d'œuvre adéquate et un juste équilibre de professionnels de la santé et des services sociaux pour être en mesure de répondre aux nouveaux besoins. Les initiatives de conservation du personnel reposent sur des programmes complets de bien-être en milieu de travail, programmes qui font la promotion de l'excellence organisationnelle, de saines pratiques en matière d'hygiène personnelle et de milieux de travail positifs et sécuritaires.

Aperçu du système de santé et des services sociaux

L'Île-du-Prince-Édouard jouit d'un système de santé administré et financé par le gouvernement qui garantit l'accès universel aux services hospitaliers et médicaux requis, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement provincial finance en tout ou en partie de nombreux autres services de santé et de services sociaux. Le système comprend une vaste gamme de services de santé et de services sociaux intégrés comme les soins de courte durée, la lutte contre les toxicomanies, la santé mentale, l'aide sociale et les services de logement. De plus, certains services spécialisés comme la chirurgie cardiaque et les services de neurotraumatologie sont offerts dans deux hôpitaux de recours, par l'intermédiaire de l'Agence provinciale des services de santé.

En décembre 2002, on a procédé à une restructuration du système de santé de l'Île-du-Prince-Édouard. L'Agence provinciale des services de santé a été créée pour administrer tous les services hospitaliers de soins actifs, y compris le traitement du cancer, la santé mentale et les toxicomanies dans deux hôpitaux de recours. Les régies régionales de la santé d'Eastern Kings et de Southern Kings ont fusionné pour former la Régie régionale de la santé de Kings.

Établissements

L'Île-du-Prince-Édouard compte deux hôpitaux de recours et cinq hôpitaux communautaires, pour un total de 474 lits. En plus de disposer de sept résidences pour personnes âgées administrées

par le gouvernement et pouvant accueillir 558 personnes (plus 10 lits réservés aux soins de relève) pour des soins de longue durée, les Prince-Édouardiens ont accès à 389 lits (plus 11 lits pour soins temporaires) supplémentaires dans des foyers privés de soins infirmiers. Le système comprend également plusieurs établissements de lutte contre les dépendances et de soins de santé mentale, 1 167 unités d'hébergement pour personnes âgées et 461 unités de logement familial.

Les travaux de construction d'un établissement de santé à Summerside, au coût de 50 millions de dollars, sont terminés et l'établissement a ouvert ses portes en avril 2004. Les hôpitaux de recours offrent des services de tomographie par ordinateur et un large éventail de services d'imagerie diagnostique. Un nouvel accélérateur linéaire et des services d'imagerie par résonance magnétique sont maintenant disponibles.

Ressources humaines

Le secteur public des services de santé et des services sociaux repose sur une main-d'œuvre d'environ 4 000 personnes. L'Île-du-Prince-Édouard compte 200 professionnels de la santé pour 10 000 habitants, comparativement à la moyenne nationale de 182 pour 10 000 habitants[1].

Structure

Le système comprend le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence provinciale des services de santé (APSS) et quatre régies régionales de la santé dirigées par des conseils régionaux de la santé. Le Ministère travaille conjointement avec les régies régionales de la santé et l'APSS en vue d'établir des objectifs, d'élaborer des politiques et des normes de résultats et d'affecter des ressources. Les régies régionales de la santé s'occupent de la planification et de la prestation des services de santé primaires et des services sociaux. L'APSS est responsable de la prestation des services de soins actifs dans toute l'Île-du-Prince-Édouard.

Ressources financières

Au cours des dix dernières années, le budget du gouvernement provincial consacré à la santé et aux services sociaux est passé de 270 millions à plus de 410 millions de dollars en 2003-2004, soit une hausse moyenne d'environ cinq pour cent par année. Cette augmentation est causée par l'inflation, la croissance démographique, les nouvelles technologies et une plus grande utilisation des services par tous les groupes d'âge.

Les principales dépenses en santé et en services sociaux sont réparties comme suit : les services hospitaliers, 31 pour cent; les services sociaux, 21 pour cent; les soins de longue durée, 10 pour cent; les services médicaux, 12 pour cent; les autres services (programmes provinciaux de lutte contre la drogue, services infirmiers de santé publique et services de toxicomanie), 26 pour cent.

Questions névralgiques

Disponibilité des professionnels de la santé

L'un des plus graves problèmes auxquels le système doit faire face est le maintien d'un nombre adéquat de travailleurs. On s'attend à ce que le recrutement de personnes qualifiées et la conservation des employés représentent un défi dans tout le marché du travail au cours des prochaines années en raison de l'important changement démographique en cours. Les effets de cette tendance se font d'abord sentir dans le secteur de la santé, domaine exigeant en main-d'œuvre et qui dépend d'un effectif spécialisé, en particulier dans les régions moins peuplées comme l'Île-du-Prince-Édouard. La disponibilité des professionnels de la santé est en déclin en raison de l'augmentation de l'âge moyen de la population active, du nombre de personnes qui prennent leur retraite et de la diminution du nombre de diplômés dans le domaine des soins de santé. Pour pallier la baisse de professionnels, le

1 Institut canadien d'information sur la santé, 1997.

système doit se concentrer sur le mieux-être en milieu de travail et sur la planification des ressources humaines en vue d'assurer un nombre suffisant de professionnels de la santé répartis selon un juste équilibre pour répondre aux besoins changeants.

Demande et attentes du public

La demande de services augmente dans presque tous les secteurs, et ce, pour diverses raisons, notamment la croissance démographique, la disponibilité de nouveaux médicaments et de nouvelles technologies, et les attentes de plus en plus élevées du public. Les gens veulent plus de médecins, plus d'infirmières, plus de médicaments, plus de technologies et plus de services aux familles. Ils veulent pouvoir accéder aux soins dans leur propre collectivité. Ils s'inquiètent aussi devant les listes d'attente. Bien que ces attentes à la hausse plaident pour une augmentation des dépenses consacrées aux soins de courte durée, elles limitent grandement la capacité du système à innover et à transférer les ressources dans des domaines qui pourraient répondre à d'autres besoins.

L'accroissement des attentes du public par rapport au système représente un problème très grave. La demande à elle seule ne peut se permettre de mener le système. Le public doit être mieux informé sur l'accessibilité raisonnable et la nécessité d'effectuer de réels changements dans la prestation des services, en particulier dans les services de santé primaires.

Accès approprié aux services de santé primaires

On admet de plus en plus que les investissements dans le domaine des services de santé primaires ont une grande incidence sur la santé et sur la viabilité du système de santé. Les services de santé primaires sont les services auxquels les gens accèdent en premier lieu et le plus souvent, comme les services de médecins de famille, les services infirmiers de santé publique, les programmes de dépistage, les services en toxicomanie et les services communautaires en santé mentale.

Pratiques personnelles en matière de santé

Des conditions sociales et économiques influent sur la capacité des gens à accepter de prendre la responsabilité de leur santé. Il importe donc de définir des stratégies globales pour examiner ces conditions. Il est crucial que le système de santé augmente sa capacité de travailler avec d'autres pour aider les particuliers, les familles et les collectivités à accepter la responsabilité d'améliorer leur santé et de se garder en bonne santé.

Population vieillissante

Avec le vieillissement de la génération du baby-boom, nous connaîtrons le plus important changement démographique de notre histoire. On s'attend à ce que la proportion de la population de l'Île-du-Prince-Édouard âgée de 65 ans et plus passe de 13 pour cent aujourd'hui à 15 pour cent en 2011, et à 27 pour cent en 2036. Ce phénomène engendrera diverses répercussions sur le système de santé. On pense que le nombre de cas de maladies comme le cancer, les maladies coronariennes, le diabète et la démence augmentera. La demande devrait aussi être à la hausse pour les soins de courte durée, les soins de longue durée, les soins à domicile, les soins de santé mentale et autres services. Ce problème prend encore plus d'ampleur lorsqu'on prend en considération que la main-d'œuvre dans le domaine de la santé vieillit aussi. Les membres de la famille seront moins nombreux pour aider leurs parents âgés, et la quantité des ressources requises pour maintenir les services pour les personnes âgées pourrait avoir des répercussions négatives sur d'autres services gouvernementaux touchant la santé. Il est essentiel que le système de santé soit prêt à répondre à ces nouveaux besoins.

Prévention et traitement de la maladie

De nombreuses maladies sont évitables. Il est possible de prévenir la méningite, par exemple,

par un vaccin. On peut empêcher la propagation des maladies transmissibles sexuellement grâce à un comportement sexuel responsable. On peut aussi éviter nombre de maladies chroniques. Les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et du cancer peuvent être réduits ou éliminés grâce à l'éducation et au soutien qui entraînent des changements dans les habitudes de vie.

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, le diabète prend les proportions d'une épidémie partout dans le monde. À l'Île-du-Prince-Édouard, des 17 nouveaux cas diagnostiqués tous les mois au milieu des années 1970, on est passé à 45 cas par mois au milieu des années 1990. On s'attend à ce que ce nombre atteigne 65 en 2006. On sait de façon claire et irréfutable que le fait de surveiller sa glycémie peut prévenir ou retarder l'apparition de graves complications du diabète, comme les cardiopathies, la cécité et les maladies du rein, problèmes de santé qui engendrent d'énormes coûts humains et financiers. On prévoit que les cas de cancer et de diabète augmenteront de façon importante dans la province avec le vieillissement de la population. Il est essentiel que notre système déploie de nouveaux efforts pour aider les Prince-Édouardiens à prévenir, à retarder et à gérer ces maladies.

En juin 2003, le Ministère, en partenariat avec d'autres secteurs, a mis en branle une stratégie provinciale complète et intégrée pour un mode de vie sain, stratégie qui vise l'amélioration de la santé des Prince-Édouardiens. Mettant l'accent sur la réduction du tabagisme, la saine alimentation et l'activité physique, les stratégies prometteuses favorisant la santé de la population de l'Î.-P.-É. comprennent l'élaboration d'une politique publique favorisant la santé, la création de milieux positifs, le renforcement de l'action communautaire, l'acquisition de compétences personnelles et la réorientation des services de santé. Les buts visés avec cette stratégie sont les suivants : réduire la hausse de la prévalence de maladies chroniques évitables dans la province; réduire le tabagisme et le préjudice qu'il cause à la population; accroître le nombre de Prince-Édouardiens qui s'adonnent à une activité physique régulière suffisamment pour en tirer les meilleurs avantages possibles pour leur santé; améliorer les habitudes en matière d'alimentation saine; et enfin, accroître les ressources allouées à la promotion de la santé et à la prévention des maladies chroniques. À l'heure actuelle, la Stratégie se concentre notamment sur la création de réseaux régionaux, de stratégies de communications internes et externes et d'un cadre d'évaluation. Des responsables des modes de vie sains ont été embauchés dans deux des quatre régies régionales de santé en 2003-2004. Ces responsables favoriseront l'application de la Stratégie à l'échelon communautaire.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Le régime d'assurance-hospitalisation, placé sous l'autorité du ministre de la Santé et des Services sociaux, est le moyen d'offrir une assurance-hospitalisation dans la province de l'Île-du-Prince-Édouard. Il est autorisé en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988), qui prévoit la prestation des services conformément à l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*.

La partie I de la loi stipule que le ministre exerce l'autorité et détient les pouvoirs suivants :

- ☐ assurer la mise en valeur et le maintien d'un réseau équilibré et intégré d'hôpitaux, d'écoles de soins infirmiers et d'établissements de santé connexes dans toute la province;
- ☐ approuver ou refuser la fondation de nouveaux hôpitaux et la création ou l'agrandissement d'établissements de santé connexes;
- ☐ approuver ou désapprouver toute subvention aux hôpitaux pour la construction ou l'entretien;
- ☐ établir et administrer, seul ou en collaboration avec un ou plusieurs organismes, des instituts de formation pour le personnel hospitalier et le personnel connexe;

- ☐ mener des enquêtes et diriger des programmes de recherche en vue d'obtenir des données statistiques à ces fins;
- ☐ approuver ou rejeter des hôpitaux ou d'autres installations pour l'application de la loi, conformément au règlement d'application;
- ☐ sous réserve de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, prendre toute autre mesure que le ministre juge nécessaire ou utile pour traduire efficacement l'intention et les visées de la loi.

Outre les responsabilités et les pouvoirs énumérés dans la partie I de la loi, le ministre exerce l'autorité et détient les pouvoirs suivants :

- ☐ administrer le régime d'assurance-hospitalisation établi par la loi et son règlement d'application;
- ☐ déterminer les sommes à verser aux hôpitaux et assumer les coûts associés aux services assurés fournis aux personnes assurées en vertu du régime d'assurance-hospitalisation, et faire des rajustements rétroactifs avec les hôpitaux pour les sommes impayées ou versées en trop pour des services assurés, selon les coûts déterminés conformément à la loi et son règlement d'application;
- ☐ percevoir et débourser toutes les sommes afférentes au régime d'assurance-hospitalisation;
- ☐ approuver ou refuser les frais imposés aux patients par les hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard qui reçoivent des paiements en vertu du régime d'assurance-hospitalisation;
- ☐ conclure des accords avec des hôpitaux situés à l'extérieur de l'Île-du-Prince-Édouard et avec d'autres gouvernements et autorités responsables du régime d'assurance-hospitalisation établies par d'autres gouvernements pour fournir des services assurés aux personnes assurées;
- ☐ prescrire les formulaires nécessaires ou souhaitables pour traduire l'intention et les visées de la loi;
- ☐ désigner des inspecteurs et d'autres représentants ayant la responsabilité et le pouvoir d'obtenir et d'examiner l'information contenue dans les registres comptables des hôpitaux, les livres, les déclarations, les rapports et les états financiers vérifiés et d'en faire rapport;
- ☐ désigner des médecins praticiens ayant la responsabilité et le pouvoir d'obtenir et d'examiner l'information contenue dans les dossiers médicaux et les autres dossiers tenus par les hôpitaux, y compris les courbes des patients et leur dossier médical et les notes rédigées par le personnel infirmier, les rapports et les relevés de compte des patients qui reçoivent ou ont reçu des services assurés;
- ☐ désigner des inspecteurs ayant la responsabilité et le pouvoir d'inspecter et d'examiner les livres, les relevés de compte et les dossiers des employeurs et des percepteurs dans le but d'obtenir de l'information relative aux hôpitaux et au régime d'assurance;
- ☐ retenir le paiement des services assurés pour toute personne assurée dont, selon le ministre, l'état de santé ne nécessitait pas de tels services;
- ☐ agir comme premier responsable des achats pour les achats de médicaments, de produits biologiques ou de préparations connexes de tous les hôpitaux de la province; superviser, vérifier et inspecter l'utilisation des médicaments, des produits biologiques et des préparations connexes par les hôpitaux de la province et retenir ou réduire les sommes versées, en vertu de la loi, à un hôpital qui ne respecte pas les règlements relatifs à l'achat de médicaments, de produits biologiques et de préparations connexes;
- ☐ superviser et assurer l'utilisation efficace et économique de toute aide ou procédé thérapeutique ou de diagnostic utilisé par ou dans les hôpitaux, et retenir ou réduire les sommes versées, en vertu de la loi, à un hôpital qui ne respecte pas le règlement relatif à l'utilisation de ces aides et procédés.

Le ministre de la Santé, par l'intermédiaire du ministère de la Santé et des Services sociaux, a la responsabilité de l'efficience et de l'efficacité globales du système de santé provincial.

Le Ministère a notamment les responsabilités suivantes :

- établir les orientations et les priorités générales;
- élaborer des politiques et des stratégies, des lois, des normes et des mesures provinciales;
- surveiller l'état de santé dans la province;
- surveiller l'Agence provinciale des soins de santé (APSS) et les quatre régies régionales de la santé et s'assurer que celles-ci respectent les règlements et se conforment aux normes;
- évaluer le rendement du système de santé;
- affecter des fonds à l'APSS et aux quatre régies régionales de la santé;
- améliorer la qualité et la gestion d'un système d'information sur la santé complet à l'échelle de la province;
- garantir l'accès à des services de santé de haute qualité;
- régler les questions de l'heure sur la santé et examiner les nouvelles technologies avant de les appliquer;
- administrer directement certains services et programmes.

L'APSS et les quatre régies régionales de la santé sont responsables de la prestation des services conformément à la *Health and Community Services Act* (1993). Elles administrent les hôpitaux, les centres de santé, les résidences pour personnes âgées et les établissements psychiatriques et recrutent les médecins, les infirmières et les autres travailleurs de la santé.

Elles ont les responsabilités suivantes :

- évaluer les besoins de la population de leur région en matière de santé;
- informer et conseiller la population;
- affecter et gérer les ressources, établir les priorités, recruter le personnel et tirer le meilleur parti possible des ressources disponibles;
- consulter d'autres organismes travaillant dans le domaine de la santé;
- élaborer des politiques, des normes et des mesures;
- planifier et coordonner, avec le Ministère et d'autres autorités, la prestation d'une gamme complète de services de santé;
- promouvoir la santé et le bien-être dans leur communauté;
- rendre disponible l'information sur les choix concernant la santé et les services de santé pour la population;
- assurer un accès raisonnable aux services de santé;
- surveiller et évaluer le rendement et en faire rapport à la population et au Ministère.

En décembre 2001, les régions sanitaires de l'Île-du-Prince-Édouard ont reçu l'agrément du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Les résultats du processus d'agrément ont été annoncés à la suite d'un vaste processus d'autoévaluation et de sondages effectués en juin 2001 par une équipe composée de onze médecins et administrateurs principaux de services de santé venant de tous les coins du pays.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Services sociaux présente un rapport annuel au ministre responsable, qui le dépose devant l'Assemblée législative. Le rapport annuel fournit de l'information sur les principes directeurs du Ministère et sur les responsabilités législatives de celui-ci, donne une vue d'ensemble et une description des activités des divisions du Ministère et met en relief les principales statistiques de l'année.

L'article 24 de la *Health and Community Services Act* stipule que l'APSS et les quatre régies régionales de la santé doivent soumettre, à l'automne, un rapport annuel au ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce dernier peut demander toute autre information qu'il juge nécessaire sur les activités des régies régionales de la santé et sur la prestation des services de santé dans leurs zones de responsabilité. Les régies régionales de la santé doivent tenir des réunions publiques annuelles et y présenter de l'information sur leurs activités et la prestation des services de santé.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de la province vérifie annuellement les comptes publics de la province de l'Île-du-Prince-Edouard. Ces comptes sont constitués des activités financières, des revenus et des dépenses du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Chaque régie régionale de la santé a la responsabilité d'engager son propre cabinet d'experts- comptables pour vérifier annuellement ses états financiers. Les états financiers vérifiés sont soumis au ministre et au ministère du Trésor provincial. Les rapports sont présentés aux réunions publiques tenues annuellement dans chaque région. Les états financiers vérifiés sont également présentés devant l'Assemblée législative et compris dans les comptes publics publiés de la province de l'Île-du-Prince-Edouard.

En vertu de l'*Audit Act*, le vérificateur général provincial a le pouvoir discrétionnaire d'effectuer des vérifications supplémentaires touchant l'ensemble des activités ou des programmes précis menés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ainsi que par l'APSS et chacune des quatre régies régionales de la santé.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont fournis en vertu de la *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act* (1988). Les règlements qui accompagnent cette loi (1996) définissent les services aux patients hospitalisés et les services ambulatoires assurés qui sont offerts sans frais aux personnes admissibles. Les services hospitaliers assurés sont les suivants :

- ☐ services de soins infirmiers nécessaires;
- ☐ services de laboratoire;
- ☐ examens radiologiques et autres techniques de diagnostic;
- ☐ frais d'hébergement et de repas au tarif d'une chambre commune;
- ☐ préparations médicamenteuses, produits biologiques et préparations connexes prescrites par un médecin traitant et administrées à l'hôpital;
- ☐ salles d'opération, chambres d'attente et installations d'anesthésie;
- ☐ fournitures chirurgicales courantes;
- ☐ services de radiothérapie et de physiothérapie fournis à l'hôpital.

Selon les données de mars 2004, sept établissements de soins de courte durée participent au régime d'assurance de la province. Outre les 454 lits pour soins de courte durée, ces établissements comptent 20 lits pour soins de réadaptation, 19 lits pour des chirurgies d'un jour telles que définies dans la *Hospitals Act* (1988) et sept lits de malades chroniques assurés.

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est la *Health Services Payment Act* (1988). Elle a été modifiée en 1996 pour inclure le processus de planification des ressources médicales.

Les services médicaux assurés sont fournis par des médecins praticiens qui sont autorisés par le Collège des médecins et chirurgiens. Il y a 202 praticiens qui ont facturé le régime d'assurance au 31 mars 2004.

En vertu de l'article 10 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien qui ne participe pas au régime d'assurance ne peut facturer le régime pour les services rendus. Lorsqu'un médecin ou un praticien non participant fournit un service requis sur le plan médical, le paragraphe 10(2) exige qu'il informe ses patients qu'il ne participe pas au régime d'assurance et qu'il leur fournisse toute l'information nécessaire pour leur permettre de recouvrer les frais assumés pour les services rendus auprès du ministre de la Santé.

En vertu de l'article 10.1 de la *Health Services Payment Act*, un médecin ou un praticien participant peut choisir, sous réserve du règlement et conformément à celui-ci, de

percevoir des frais à l'extérieur du régime pour un patient particulier ou un service de santé de base spécial. Il doit alors informer les patients avant de fournir le service qu'ils seront facturés directement pour le service rendu. Lorsqu'un médecin ou un praticien fait ce choix, il doit en informer le ministre et exiger du patient la totalité des frais associés au service rendu.

Au 31 mars 2004, aucun médecin n'avait choisi de se retirer du régime d'assurance-santé.

Tout service de santé de base rendu par un médecin et nécessaire sur le plan médical est couvert par le régime d'assurance-santé. Les services assurés se définissent comme suit :

- la plupart des services rendus par les médecins à leur bureau, à l'hôpital ou au domicile du patient;
- les services chirurgicaux nécessaires sur le plan médical, dont les services d'anesthésistes et d'aides-infirmières en chirurgie, lorsqu'ils s'avèrent nécessaires;
- les services obstétricaux, dont les soins prénatals et postnatals, les soins aux nouveau-nés et les soins requis à la suite de complications à une grossesse telle qu'une fausse couche ou une césarienne;
- certaines interventions de chirurgie buccale nécessaires sur le plan médical et pratiquées à l'hôpital, avec approbation préalable, par un chirurgien stomatologiste;
- les procédés de stérilisation, pour les femmes et pour les hommes;
- le traitement des fractures et des dislocations;
- certains services de spécialistes assurés, lorsque le patient a été adéquatement aiguillé par un médecin traitant.

De nouveaux codes pour les services d'imagerie par résonance magnétique, et plusieurs autres codes ont été définis au cours de négociations entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Medical Society of Prince Edward Island.

Un service médical peut être ajouté à la liste des services assurés à la suite d'une négociation entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Medical Society of Prince Edward Island.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services dentaires ne sont pas couverts par le régime. Seuls les spécialistes en chirurgie maxillo-faciale sont remboursés par le régime. Cette catégorie comporte actuellement deux chirurgiens. Les interventions de chirurgie dentaire comprises comme services de santé de base dans le tarif des honoraires sont couvertes uniquement lorsque le médecin traitant confirme que l'état du patient du point de vue médical nécessite une intervention à l'hôpital ou en cabinet et qu'il reçoit une approbation préalable.

Un service chirurgical dentaire (enlèvement d'appareils mandibulaires en cabinet) a été ajouté à la liste des services assurés après négociations entre la Dental Association of Prince Edward Island et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers provinciaux non couverts par le Régime d'assurance-hospitalisation comprennent :

- les services auxquels les patients sont admissibles en vertu d'autres lois provinciales ou fédérales;
- les frais d'essence ou de déplacement, à moins qu'ils ne soient approuvés par le Ministère;
- les conseils ou les prescriptions par téléphone, à l'exception de la supervision de l'anticoagulothérapie;
- les examens requis pour le travail, les assurances, les études, etc.;
- les examens, les vaccinations ou les inoculations en groupe, à moins qu'ils n'aient été autorisés au préalable par le Ministère;
- la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, à l'exception des certificats d'internement dans un établissement psychiatrique ou de désintoxication (drogues ou alcool);
- les témoignages en cour;

- ☐ les chirurgies à caractère esthétique, à moins qu'elles ne soient nécessaires sur le plan médical;
- ☐ les services dentaires autres que les traitements compris dans les services de santé de base;
- ☐ les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et le matériel connexe;
- ☐ les lunettes et les appareils spéciaux;
- ☐ la physiothérapie, la chiropraxie, la podologie, l'optométrie, l'ostéopathie, la psychologie, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et les traitements similaires;
- ☐ le rétablissement de la fertilité;
- ☐ la fertilisation *in vitro*;
- ☐ les services rendus par une autre personne lorsque le médecin superviseur est absent ou non disponible;
- ☐ les services rendus par un médecin à des membres de sa famille, à moins qu'il n'ait reçu l'approbation du Ministère au préalable;
- ☐ tout autre service que le Ministère peut, sur recommandation résultant des négociations entre le Ministère et la Medical Society of Prince Edward Island, déclarer non assuré.

Les services hospitaliers provinciaux non couverts par le régime d'assurance-hospitalisation comprennent les soins infirmiers privés ou spéciaux fournis à la demande du patient ou de sa famille; les chambres à supplément, à la demande du patient; les services hospitaliers rendus dans le cadre d'une chirurgie purement esthétique; les appareils pour usage personnel comme le téléphone et la télévision; les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses utilisés après avoir obtenu le congé de l'hôpital; les extractions dentaires, sauf dans les cas où le patient doit être admis à l'hôpital pour des raisons médicales, avec l'approbation préalable du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La suppression d'un service du régime d'assurance-maladie s'effectue en collaboration avec la Medical Society of Prince Edward Island et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Tous les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard ont un accès égal aux services. Les tiers comme les assureurs privés ou la Workers' Compensation Board of Prince Edward Island ne bénéficient pas d'un accès prioritaire aux services moyennant des frais additionnels.

La province n'a pas de processus officiel pour assurer la conformité; cependant, les renseignements fournis par les médecins, les administrateurs d'hôpitaux ainsi que les professionnels et autres travailleurs de la santé permettent au ministère de la Santé et des Services sociaux de suivre de près les questions associées à l'utilisation du système et aux services comme tels.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'article 3 de la *Health Services Payment Act* et son règlement d'application définit l'admissibilité au régime d'assurance-maladie. Le régime est conçu pour offrir une couverture aux habitants admissibles de l'Île-du-Prince-Édouard (c'est-à-dire à toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada et qui occupe ordinairement sa résidence de l'Île-du-Prince-Édouard au moins six mois plus un jour par année).

Toutes les personnes qui viennent s'établir à l'Île-du-Prince-Édouard doivent s'inscrire auprès du Ministère pour devenir admissibles. Les personnes de l'extérieur de la province qui établissent une résidence permanente à l'Île-du-Prince-Édouard deviennent admissibles aux services médicaux et hospitaliers assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée.

Les membres de la population qui ne sont pas admissibles à la couverture du régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard sont les membres des Forces canadiennes (FC), les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus des pénitenciers fédéraux et les personnes admissibles à certains services en raison d'autres programmes gouvernementaux tels

que l'Indemnisation des accidentés du travail ou les programmes du ministère des Anciens Combattants.

Les personnes inadmissibles peuvent devenir admissibles dans les cas suivants : lorsque les membres des FC ou de la GRC et les détenus de pénitenciers sont démobilisés, libérés ou libérés à la suite d'un congé de réadaptation. Lorsque la libération est accordée par les FC, la province où la personne était incarcérée ou stationnée au moment de la démobilisation ou de la libération, ou la province de résidence au moment où le congé de réadaptation a pris fin, selon le cas, fournira la couverture initiale pour la période d'attente habituelle qui peut aller jusqu'à trois mois. Les détenus de pénitenciers en liberté conditionnelle seront traités de la même manière que les détenus libérés.

Les étudiants étrangers, les touristes, les personnes de passage et les visiteurs de l'Île-du-Prince- Édouard ne peuvent être reconnus comme des habitants de la province et, de ce fait, ne sont pas admissibles aux avantages offerts par l'assurance-hospitalisation ni par l'assurance médicale.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les nouveaux habitants de l'Île-du-Prince-Édouard et les personnes qui reviennent y habiter doivent s'inscrire au régime d'assurance-maladie en remplissant un formulaire d'inscription auprès du Ministère. Après avoir examiné la demande pour s'assurer qu'elle contient toute l'information nécessaire, une carte d'assurance-maladie est envoyée à la personne dans un délai de deux semaines. Le renouvellement de l'assurance a lieu tous les cinq ans, et les personnes en sont avisées par écrit six semaines avant le renouvellement.

Il y avait 142 022 personnes inscrites au régime d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard au 31 mars 2004.

3.3 Autres catégories de personnes

Les étudiants étrangers, les travailleurs temporaires, les réfugiés et les détenteurs de permis ministériel ne sont pas admissibles à l'assurance-maladie ni à la couverture des soins médicaux. Les réfugiés du Kosovo constituent une exception à cette règle et sont admissibles à l'assurance- maladie et à la couverture des soins médicaux à l'Île-du-Prince-Édouard. Le 31 mars 2004, 50 réfugiés du Kosovo étaient inscrits au régime d'assurance-maladie.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes assurées qui déménagent à l'Île-du-Prince-Édouard sont admissibles à l'assurance-maladie le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province.

4.2 Couverture au cours d'absences temporaires au Canada

Les personnes qui s'absentent chaque année pour des vacances d'hiver ou des situations semblables nécessitant des absences régulières doivent résider à l'Île-du-Prince-Édouard au moins six mois plus un jour chaque année pour être admissibles à l'assurance en cas de maladie subite ou de situation d'urgence survenant à l'extérieur de la province, conformément à l'alinéa 5(1)(e) de la *Health Services Payment Act*.

Le terme « absence temporaire » est défini comme une période d'absence de la province pouvant aller jusqu'à 182 jours au cours d'une période de 12 mois pour des raisons de vacances, de visite ou d'engagement professionnel. Les personnes qui quittent la province dans ces circonstances doivent en informer le Ministère avant leur départ.

L'Île-du-Prince-Édouard participe aux ententes de facturation réciproque pour les services médicaux et hospitaliers.

Le tarif est de 887 $ par jour pour un séjour à l'hôpital. Le tarif interprovincial courant pour les consultations externes est de 153 $. La méthode utilisée pour calculer ces tarifs est fondée sur le coût du même service rendu à l'Île-du-Prince-Édouard.

4.3 Couverture au cours d'absences temporaires à l'étranger

La *Health Services Payment Act* est la loi habilitante qui définit la transférabilité de l'assurance- maladie au cours d'absences temporaires à l'étranger, conformément à l'alinéa 5(1)e) de la *Health Services Payment Act*.

Les Prince-Édouardiens assurés peuvent séjourner temporairement à l'extérieur du pays pour une période de 12 mois, et ce, une fois seulement. Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement agréé dans un autre pays doivent fournir annuellement une preuve de leur inscription délivrée par cet établissement. Les étudiants doivent informer le Ministère à leur retour au pays.

Dans le cas des Prince-Édouardiens qui quittent le pays pour des raisons professionnelles pour une période de plus d'un an, la couverture se termine le jour du départ de la personne.

Pour ceux qui voyagent à l'extérieur du Canada, la couverture en cas de situation d'urgence ou de maladie subite sera fournie au taux de l'Île-du-Prince-Édouard uniquement, en devise canadienne. Il incombe aux personnes de payer la différence entre le montant total facturé et le montant déboursé par le Ministère.

Les sommes versées pour des services d'urgence assurés reçus à l'étranger totalisaient 180 288 $ en 2003-2004.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une approbation préalable du Ministère s'avère nécessaire pour recevoir des services médicaux ou hospitaliers non urgents à l'extérieur de la province. Les Prince-Édouardiens qui veulent recevoir de tels services requis peuvent demander une approbation préalable par l'intermédiaire d'un médecin de l'Île-du-Prince-Édouard. Une couverture complète peut être assurée pour les services non urgents ou facultatifs (assurés à l'Île-du-Prince-Édouard) si le médecin en fait la demande auprès du Ministère. Il est essentiel d'obtenir une approbation préalable du directeur médical du ministère de la Santé et des Services sociaux pour recevoir, à l'étranger, des services hospitaliers ou médicaux non disponibles au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie de l'Île-du-Prince-Édouard permettent de recevoir des services selon des conditions uniformes pourvu qu'ils n'entravent pas ou n'empêchent pas un accès raisonnable à ces services pour les personnes assurées.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

La construction du nouvel hôpital du comté de Prince, à Summerside, s'est poursuivie en 2003-2004. Le nouvel établissement a été achevé en avril 2004 et est occupé depuis cette date.

Services ambulanciers

Le Ministère a renouvelé les ententes conclues avec chacun des cinq ambulanciers privés de la province pour garantir en tout temps la prestation de services ambulanciers d'urgence et autres. Le Ministère alloue des subventions de fonctionnement aux ambulanciers qui offrent leurs services conformément aux exigences et aux normes définies dans ces ententes.

Le programme de soutien au transport pour recevoir des soins médicaux à l'extérieur de la province (Out of Province Medical Transport

Support Program) permet de réduire les frais que les personnes admissibles doivent payer pour être transportées en ambulance à l'extérieur de la province pour recevoir des soins médicaux spécialisés.

Accessibilité – Nouvelles initiatives

La stratégie de recrutement du personnel infirmier, annoncée dans le cadre du budget provincial 2000, a été revue et un certain nombre de nouvelles initiatives ont été entreprises. En plus du recrutement d'infirmières et d'infirmiers autorisés, la stratégie permet aussi de se pencher sur les mesures de maintien en poste adoptées dans la province. Bien que la stratégie vise tous les secteurs des soins de santé, on accorde la priorité au secteur institutionnel, qui couvre les soins de courte durée et les soins de longue durée. Le Ministère évalue les résultats des stratégies.

Les activités prévues au cours de la quatrième et dernière année de la stratégie de recrutement du personnel infirmier comprennent les éléments suivants :

- ☐ Programme d'emploi d'été pour étudiants – 77 étudiants ayant terminé leur deuxième ou troisième année d'un baccalauréat en sciences infirmières ont pu se familiariser plus longtemps avec les soins actifs et les soins de longue durée grâce à ce programme d'emploi de 12 semaines.
- ☐ Parrainage d'étudiants – 116 étudiants qui, au début de l'année scolaire, entreprenaient leur troisième ou quatrième année d'un baccalauréat en sciences infirmières, ont bénéficié d'une aide financière de 2 400 $.
- ☐ Aide financière pour programme de perfectionnement – Deux candidats ayant réussi un cours de perfectionnement en sciences infirmières se sont vu rembourser leurs frais d'inscription.
- ☐ Ressources pédagogiques cliniques – Trois postes d'enseignants en formation clinique ont été créés.
- ☐ Renforcement des ressources de recrutement – Vingt-deux infirmières ayant déménagé à l'Île-du-Prince-Édouard ont bénéficié d'une aide à la réinstallation.
- ☐ Perfectionnement de la main-d'œuvre – Élaboration d'une stratégie de planification visant à s'attaquer aux nouveaux enjeux et à faire en sorte que le personnel infirmier actuel et futur acquière des compétences qui répondent aux besoins du milieu de travail.
- ☐ Dans le but d'inciter un plus grand nombre de jeunes à contempler une carrière dans le secteur de la santé, on a mis sur pied le programme *Health Care Futures – Public Sector*. Grâce à ce programme, 120 étudiants ont obtenu un emploi en 2003 dans divers milieux : hôpitaux, établissements gouvernementaux de soins de longue durée et soins communautaires. De plus, le Programme assumait 50 pour cent du coût du salaire des étudiants embauchés par les propriétaires de foyers de soins et d'établissements de soins communautaires privés.

Une activité est également en cours, en collaboration avec *Infostructure atlantique de la santé*, pour perfectionner le dossier électronique de santé dans la région de l'Atlantique. Les principaux points sur lesquels portent ces activités sont le dossier électronique de santé en général, la surveillance de la santé et la télésanté.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Les services médicaux sont accessibles dans toute la province, sauf pour les spécialités où il existe des postes à pourvoir.

On a entrepris de recruter des médecins de famille, des anesthésistes, des radiologistes, des radio-oncologues et des oncologues médicaux, des psychiatres, un pathologiste et un plasticien.

Le projet de refonte des soins de santé primaires incite les médecins, le personnel infirmier et les autres fournisseurs de soins de santé concernés à pratiquer la médecine de groupe, en partageant la responsabilité des résultats obtenus auprès des patients. En 2003-2004, cinq centres de santé familiale étaient exploités à Charlottetown, à

Summerside, à O'Leary, à Hunter River/Rustico et à Souris. Ces centres ont élargi les services offerts par les médecins de famille en y englobant les services de personnel infirmier en soins de santé primaires et d'autres professionnels de la santé.

5.4 Rémunération des médecins

On se sert d'un processus de négociation collective pour déterminer la rémunération des médecins. Les équipes de négociation sont nommées par les deux parties, les médecins et le gouvernement, afin de représenter leurs intérêts respectifs au cours du processus.

La loi qui régit le paiement des médecins et des dentistes pour des services assurés est la *Health Services Payment Act*.

La plupart des médecins travaillent suivant la formule de la rémunération à l'acte. Des régimes de rémunération de rechange ont toutefois été élaborés, et certains médecins reçoivent des salaires, des rémunérations à forfait et des rémunérations à la vacation. Ces modalités de rémunération de rechange sont de plus en plus courantes et semblent être le choix des nouveaux diplômés.

5.5 Paiements aux hôpitaux

L'APSS et les quatre régies régionales de la santé sont responsables de la prestation des services hospitaliers dans la province, conformément à la *Health and Community Services Act*. Les besoins financiers (budgétaires) sont établis annuellement par consultation avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et soumis à l'approbation de l'Assemblée législative au cours du processus budgétaire annuel.

Les paiements (avances) effectués à l'APSS et aux régies régionales de la santé pour les services hospitaliers sont approuvés par le Ministère en fonction des besoins de trésorerie et sont tributaires des montants approuvés au budget.

La méthode de financement normale consiste à recourir à un budget global redressé annuellement pour tenir compte des coûts croissants associés à certains facteurs tels que les conventions collectives, les médicaments, les fournitures médicales et l'exploitation des établissements.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard reconnaît la contribution du gouvernement fédéral fournie par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans son budget 2003-2004 et les documents budgétaires connexes, de même que dans les comptes publics 2002-2003, déposés devant l'Assemblée législative et mis à la disposition des habitants de l'Île-du-Prince-Édouard.

7.0 Services complémentaires de santé

Les services de santé complémentaires ne sont pas assurés, à l'exception des lits pour malades chroniques assurés mentionnés au point 2.1. Les services de santé complémentaires sont fournis par l'intermédiaire de l'APSS et des quatre régies régionales de la santé.

7.1 Services de soins intermédiaires en foyer de soins et services de soins en résidence pour adultes

Des services en foyers de soins sont disponibles lorsque les comités d'admission et de placement régionaux autorisent le placement dans les résidences pour personnes âgées du gouvernement et les foyers de soins privés autorisés. La province compte à l'heure actuelle 18 établissements de soins de longue durée, soit neuf résidences pour personnes âgées du gouvernement et neuf foyers de soins privés autorisés, pour un total de 968 lits, dont des lits réservés aux soins de relève et aux soins

temporaires. Les foyers de soins sont destinés aux personnes qui ont besoin de la supervision d'une infirmière autorisée (soins infirmiers) et d'une gestion des soins en tout temps. On utilise l'outil normalisé d'évaluation des personnes âgées pour déterminer les besoins de toutes les personnes qui font une demande d'admission dans un foyer de soins. Le paiement des soins de longue durée incombe au patient. Si un pensionnaire d'un établissement ou un nouvel arrivant n'a pas les ressources financières nécessaires pour payer les soins dont il a besoin, il peut déposer une demande d'aide financière en vertu de la partie II de la Social Assistance Act Regulations. La province octroie de l'aide financière à 73 pour cent des personnes qui résident dans des foyers de soins. Le gouvernement fédéral alloue des sommes à environ 7,5 pour cent des personnes par l'intermédiaire des programmes d'Anciens Combattants Canada, et les personnes restantes (19,5 pour cent) financent elles-mêmes les soins qu'elles reçoivent.

Outre les foyers de soins, l'Île-du-Prince-Édouard compte 36 établissements de soins communautaires autorisés. Au 31 mars 2004, il y avait 951 lits, en tout, dans ces établissements. Un établissement de soins communautaires est un établissement autorisé privé accueillant au moins cinq pensionnaires. Ces établissements fournissent à des personnes âgées semi-dépendantes et à des adultes semi-dépendants ayant une incapacité physique ou mentale l'hébergement, l'entretien ménager, la supervision des activités de la vie quotidienne, les repas et de l'aide pour les soins d'hygiène personnelle. On utilise l'outil d'évaluation des personnes âgées pour déterminer la nature et le type de services requis, qui sont de niveau 1, 2 et 3. Les pensionnaires peuvent demander de l'aide financière en vertu la partie I de la Social Assistance Act Regulations. Il faut souligner que le paiement à l'établissement de soins communautaires est la responsabilité du pensionnaire. Les clients qui n'ont pas les ressources financières nécessaires peuvent demander de l'aide en vertu de la *Social Assistance Act*.

7.2 Services de soins à domicile

Dans le cadre des services de soins et soutien à domicile, on offre des services d'évaluation et de planification des soins à des personnes dont l'état de santé est stable et à des groupes de personnes définis dont les besoins requièrent des soins spécialisés et qui, sans le soutien d'un système officiel, risqueraient de ne pouvoir demeurer à la maison, ou encore, de ne pouvoir y retourner après un séjour à l'hôpital ou autre établissement de soins de santé. Les services offerts comprennent les soins infirmiers, les soins d'hygiène personnelle, les soins de relève, l'ergothérapie, la physiothérapie, la protection des adultes, les soins palliatifs, la dialyse à domicile ou en milieu communautaire, l'évaluation du besoin de placement en foyer de soins et le soutien communautaire. On utilise l'outil d'évaluation des personnes âgées pour déterminer la nature et le type de services requis. À l'heure actuelle, les services professionnels dispensés à domicile sont gratuits. Le service d'aide familiale à domicile est assujetti à une échelle tarifaire mobile fondée sur l'évaluation du revenu du bénéficiaire, tarifs qui sont généralement annulés dans le cas des patients recevant des soins palliatifs.

7.3 Services de santé complémentaires

L'Île-du-Prince-Édouard a mis sur pied des programmes Adult Day, destinés aux adultes. Dans le cadre de ces programmes, on offre aux aînés dépendants des services de récréation, d'éducation et de socialisation. Les personnes qui ont besoin de ces services sont évaluées par le personnel régional de soins à domicile. L'objectif général de ces programmes est de permettre aux clients de demeurer à la maison le plus longtemps possible, de donner du répit aux aidants naturels, de surveiller la santé des clients et de créer de

l'interaction sociale. Ces programmes existent dans les quatre régions sanitaires de la province.

Le programme de dialyse de l'Île-du-Prince-Édouard est un service communautaire offert sous la direction et la supervision médicales de l'équipe de néphrologie du QEII Health Sciences Centre de Halifax.

La province compte cinq cliniques d'hémodialyse. Il s'agit d'un service financé par les fonds publics. La province offre également un service d'hémodialyse aux visiteurs venant de l'extérieur de la province ou du pays, à partir des cliniques existantes. Ce service dépend de la capacité des cliniques et de la disponibilité du personnel requis pour donner le traitement au moment de la demande. Les coûts du service sont assumés en vertu d'une entente de facturation réciproque si le client vient d'une autre province canadienne, ou payé par le visiteur s'il vient d'un autre pays.

Personnes inscrites					
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	134 006	138 205	140 001	141 031	142 022

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	7	7	7	7	7
b. soins chroniques	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	7	7	7	7	7
3. Paiements ($) :					
a. soins de courte durée	104 000 000	106 774 200	109 128 000	115 697 000	121 944 000
b. soins chroniques	sans objet	sans objet	900	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	104 000 000	106 774 200	109 128 900	115 697 000	121 944 000
Établissements privés à but lucratif	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
6. Paiements totaux destinés aux ($) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
7. Nombre de médecins participants (#)					
a. omnipraticiens	99	101	101	97	96
b. spécialistes	74	75	75	92	94
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	173	176	176	189	190
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#)					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Nombre de médecins qui ne participent pas					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#)					
a. omnipraticiens	848 816	861 112	816 197	716 597	783 632
b. spécialistes	415 130	409 917	358 600	362 619	397 916
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	1 263 946	1 271 029	1 174 797	1 079 216	1 181 548
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte ($)					
a. omnipraticiens	15 700 000	15 800 000	16 588 900	16 537 250	16 234 598
b. spécialistes	17 100 000	17 200 000	15 559 600	16 446 970	17 054 737
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	32 800 000	33 000 000	32 148 500	32 984 220	33 289 335
12. Paiement moyen par frais de service ($)					
a. omnipraticiens	18,00	18,00	20,00	23,00	21,00
b. spécialistes	41,00	42,00	43,00	45,00	43,00
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. tous les services	26,00	26,00	27,00	31,00	28,00
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#)					
a. médicaux	154 930	152 796	107 683	96 152	111 896
b. chirurgicaux	144 947	143 940	140 020	150 036	162 577
c. diagnostics	115 253	113 181	110 897	116 431	123 443
d. autres	848 816	861 112	816 197 [1]	716 597 [1]	783 632 [1]
e. total	1 263 946	1 271 029	1 174 797	1 079 216	1 181 548
14. Paiements totals effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement ($)					
a. médicaux	6 600 000	6 500 000	5 061 000	4 892 997	4 845 230
b. chirurgicaux	8 800 000	8 900 000	8 703 600	9 509 720	9 880 089
c. diagnostics	1 700 000	1 800 000	1 795 000	2 044 253	2 329 418
d. autres	sans objet	15 800 000	16 588 900 [1]	16 537 250 [1]	16 234 598 [1]
e. total	32 800 000	33 000 000	32 148 500	32 984 220	33 289 335
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement ($)					
a. médicaux	43,00	43,00	47,00	51,00	43,00
b. chirurgicaux	61,00	62,00	62,00	63,00	61,00
c. diagnostics	15,00	15,00	16,00	18,00	19,00
d. autres	sans objet	sans objet	20,00	23,00	21,00
e. tous les services	26,00	26,00	27,00	31,00	28,00

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
16. Nombre total de demandes: malades hospitalisés (#)	1 812	1 903	2 220	2 059	2 006
17. Nombre total de demandes: consultations externes (#)	14 428	14 839	17 572	16 790	15 638
18. Paiements totaux: malades hospitalisés ($)	10 600 000	10 127 380	9 417 000	11 713 751	14 208 471
19. Paiements totaux: consultations externes ($)	2 300 000	2 380 567	2 930 100	2 879 064	2 578 895
20. Paiement moyen: malades hospitalisés ($)	5 850.00	5 322.00	4 242.00	5 689.00	7 083.00
21. Paiement moyen: consultations externes ($)	160.00	160.00	167.00	171.00	165.00
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
22. Quantité de services (#)	56 084	46 832	67 435	48 369	45 255
23. Paiements totaux ($)	3 080 000	3 370 102	3 871 900	3 778 171	3 795 244
24. Paiement moyen par service ($)	55.00	72.00	57.00	78.00	84.00

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
25. Nombre total de demandes: malades hospitalisés (#)	21	30	26	23	37
26. Nombre total de demandes: consultations externes (#)	106	112	85	152	130
27. Paiements totaux: malades hospitalisés ($)	53 800	54 180	123 127	79 577	155 922
28. Paiements totaux: consultations externes ($)	21 700	43 494	13 702	25 954	24 366
29. Paiement moyen: malades hospitalisés ($)	2 561.00	1 806.00	4 736.00	3 459.00	4 214.00
30. Paiement moyen: consultations externes ($)	205.00	388.00	161.00	171.00	187.00
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
31. Quantité de services (#)	666	728	677	521	706
32. Paiements totaux ($)	38 274	57 365	33 995	30 076	37 100
33. Paiement moyen par service ($)	57.00	79.00	50.00	58.00	53.00

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
34. Nombre de dentistes participants (#)	2	2	2	2	2
35. Nombre de services fournis (#)	176	145	176	312	393
36. Paiements totaux ($)	37 600	53 100	60 989	88 443	90 851
37. Paiement moyen par service ($)	214.00	366.00	347.00	283.00	231.00

Notes

1. Comprend les omnipraticiens.
2. Chiffres sujets à changements pour 2003-2004, les ententes de facturation réciproque prévoyant un délai d'un an pour les demandes de paiement.

Nouvelle-Écosse

Introduction

En Nouvelle-Écosse, la gestion de la prestation quotidienne des services de santé incombe aux neuf autorités sanitaires de district (ASD) de la province. Ces ASD ont été créées en vertu de la *Health Authorities Act*, entrée en vigueur le 1er janvier 2001. L'adoption de cette loi a rapproché la Nouvelle-Écosse de son objectif d'établir un système de soins de santé abordable, viable et de haute qualité.

En vertu de la *Health Authorities Act*, les ASD sont tenues de fournir au ministre de la Santé, des états financiers mensuels et trimestriels ainsi que des états financiers vérifiés de fin d'année. Elles doivent aussi présenter des rapports annuels, qui fournissent des mises à jour sur la mise en œuvre de leurs plans d'activités. Ces dispositions assurent une plus grande responsabilisation financière. Les articles de la *Health Authorities Act* associés aux rapports financiers et à la planification des activités sont entrés en vigueur le 1er avril 2001.

Conformément à la *Provincial Finance Act* (2000) ainsi qu'aux politiques et aux lignes directrices du gouvernement, le ministère de la Santé doit présenter un compte rendu annuel décrivant les résultats obtenus en fonction de son plan d'activités pour l'exercice financier visé. Le compte rendu de l'exercice 2003-2004 sera disponible vers la fin de 2004.

La Nouvelle-Écosse s'engage toujours à assurer la prestation de services jugés médicalement nécessaires qui sont conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

En mars 2003, le ministère de la Santé a diffusé un plan pour améliorer la santé intitulé « Your Health Matters ». Le plan est axé sur la promotion de la santé, l'augmentation du personnel médical et infirmier, la diminution des listes d'attente, les soins aux aînés et les services de santé au sein des collectivités. Il est possible de consulter le rapport à l'adresse suivante : **www.gov.ns.ca/health/your_health_matters.htm**

En mars 2004, à titre de mesure de suivi de ce rapport, le ministère de la Santé a publié le rapport intitulé « Ministers' Report to Nova Scotians: Confident Change for Quality Care ». Le document se trouve au **www.gov.ns.ca/health/report/default.htm**

Des renseignements additionnels sur les soins de santé en Nouvelle-Écosse sont disponibles sur le site Web du ministère de la Santé à l'adresse suivante : **www.gov.ns.ca/health**

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

En Nouvelle-Écosse, deux régimes couvrent les services de santé assurés : le régime d'assurance-hospitalisation (HSI) et le Medical Services Insurance Plan (MSI). Le HSI est géré par le ministère de la Santé en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, Revised Statutes of Nova Scotia, 1989, articles 3(1), 5, 6, 10, 15, 16, 17(1), 18 et 35, loi adoptée par l'autorité législative en 1958.

Le régime MSI est administré et géré en vertu de la loi susmentionnée (articles 8, 13, 17(2), 23, 27, 28, 29, 30, 31, 32 et 35) par une autorité à but non lucratif formée du ministère de la Santé et du Service Croix Bleue de l'Atlantique).

L'article 3 de la *Health Services and Insurance Act* stipule, sous réserve des dispositions de la loi et du règlement afférent, que tous les résidents de la province ont le droit de recevoir des services hospitaliers assurés selon des modalités uniformes et que tous les Néo-Écossais sont

assurés, selon des modalités uniformes, du paiement des coûts des services professionnels assurés, et ce, jusqu'au tarif établi. En vertu de l'article 8 de la loi, le ministre de la Santé peut, à l'occasion, avec l'approbation du gouverneur en conseil, conclure, modifier ou résilier, avec une ou des personnes, les ententes qu'il juge nécessaires à la création, à la mise en œuvre et à la réalisation du régime MSI.

En vertu du protocole d'entente de 1992, le Service Croix Bleue de l'Atlantique a reçu le mandat :

- de déterminer l'admissibilité des fournisseurs qui participent au régime;
- de planifier et de mettre en œuvre des programmes d'information et d'éducation nécessaires pour s'assurer que l'ensemble des personnes et des fournisseurs connaissent leurs droits et leurs responsabilités en vertu du régime;
- d'effectuer des paiements, en vertu du régime, pour toute réclamation ou catégorie de réclamations dans le cas de services de santé assurés que la province est tenue de payer;
- d'élaborer un système de vérification et d'évaluation des réclamations et des paiements pour assurer un processus de vérification continu et établir d'autres structures administratives nécessaires à l'accomplissement de son mandat.

1.2 Liens hiérarchiques

Le Service Croix Bleue de l'Atlantique doit remettre à la province, au plus tard le vingtième jour de chaque mois, des rapports mensuels de dépenses, sous la forme établie par la province, comprenant les détails demandés. Dans les trente jours précédant la fin du trimestre d'exercice, le Service Croix Bleue de l'Atlantique est tenu de déposer un rapport comportant les dépenses prévues jusqu'à la fin du trimestre ainsi qu'une prévision des dépenses jusqu'à la fin de l'exercice. Il doit, en outre, présenter des procès-verbaux et des renseignements pour que la province reste au fait de toutes les réunions et conférences, entre autres, qui s'inscrivent dans le cadre de l'application du régime MSI. Les rapports préparés par le Service Croix Bleue de l'Atlantique sont envoyés aux secteurs respectifs des programmes assurés du ministère de la Santé pour que ceux-ci les examinent et en fassent le suivi.

L'alinéa 17(1) (i) de la *Health Services and Insurance Act* et les paragraphes 11(1) et 12(1) du règlement Hospital Insurance Regulations, qui est associé à cette loi, établissent les conditions régissant la présentation au ministre de la Santé, par les hôpitaux et les conseils d'administration des hôpitaux, des prévisions budgétaires annuelles et des rapports mensuels des recettes et des dépenses réelles.

1.3 Vérification des comptes

Le bureau du vérificateur général de la province vérifie toutes les dépenses du ministère de la Santé, y compris celles qu'engendre le programme provincial de médicaments. Les vérificateurs internes du ministère de la Santé examinent les états financiers du contrat d'administration du Service Croix Bleue de l'Atlantique. Ce dernier fait également l'objet d'une vérification externe qui comprend l'examen du contrat d'administration. Les paiements d'assurance-maladie ne font l'objet d'aucune vérification formelle. Cependant, le bureau du vérificateur général de la Nouvelle-Écosse recommande une telle vérification.

Tous les établissements de soins de longue durée ainsi que les organismes de soins à domicile et de soutien à domicile sont maintenant tenus de présenter au ministère de la Santé des états financiers annuels vérifiés.

En vertu du paragraphe 34(5) de la *Health Authorities Act*, chaque conseil d'administration des hôpitaux est tenu de présenter, au plus tard le 1er juillet de chaque année, un état financier vérifié de l'exercice précédent au ministre de la Santé.

Le rapport du vérificateur général de la Nouvelle-Écosse, déposé le 28 novembre 2003, renfermait

des vérifications pertinentes pour l'application de la *Loi canadienne sur la santé* :

- ☐ Centre de santé IWK;
- ☐ Soins de longue durée;
- ☐ Versements aux médecins.

1.4 Mandataire désigné

En vertu d'un protocole d'entente conclu avec le ministère de la Santé, le Service Croix Bleue de l'Atlantique administre les comptes des médecins et est habilité à recevoir des sommes pour payer ces comptes. Le Service Croix Bleue de l'Atlantique reçoit une autorisation écrite du ministère de la Santé lui indiquant les médecins à qui il peut verser une rémunération. Les taux de rémunération et les montants précis sont fonction du contrat du médecin négocié entre la Medical Society of Nova Scotia et le ministère de la Santé.

Aucune loi ne régit le rôle du Service Croix Bleue de l'Atlantique. Ce dernier se conforme aux modalités et aux conditions stipulées dans le contrat de 1992 et à son mode de paiement. Selon les modalités du contrat, le Service Croix Bleue de l'Atlantique est tenu de présenter les documents suivants à la province :

- ☐ des états financiers annuels vérifiés;
- ☐ un dénombrement détaillé des équivalents temps plein pour les demandes de crédits budgétaires dont le Ministère approuve effectivement les niveaux de dotation;
- ☐ les budgets détaillés où figurent les salaires, les avantages sociaux, les déplacements, les frais postaux, etc.;
- ☐ un exemplaire de son rapport annuel.

Toutes les activités d'élaboration de système du Service Croix Bleue de l'Atlantique pour le MSI et le régime d'assurance-médicaments sont sous la supervision d'un comité mixte. Toutes les transactions du MSI et du régime d'assurance-médicaments sont soumises à une vérification par le bureau du vérificateur général de la province.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

En Nouvelle-Écosse, neuf autorités sanitaires de district et le Centre de santé IWK (Women and Children's Tertiary Care Hospital) assurent la prestation de services hospitaliers assurés à la fois aux malades hospitalisés et aux patients externes dans 35 établissements.[1]

L'agrément n'est pas obligatoire, mais tous les établissements sont agréés à l'échelle de l'établissement ou du district. La loi habilitante qui prévoit la prestation de services hospitaliers assurés en Nouvelle-Écosse est la *Health Services and Insurance Act*, chapitre 197, Revised Statutes of Nova Scotia, 1989, articles 3(1), 5, 6, 10, 15, 16, 17(1), 18 et 35; cette loi a été adoptée par l'autorité législative en 1958. Le règlement Hospital Insurance Regulations a été établi conformément à la *Health Services and Insurance Act*.

Voici la liste des services offerts aux malades hospitalisés :

- ☐ l'hébergement et les repas dans une chambre commune;
- ☐ les services infirmiers nécessaires;
- ☐ les services de laboratoire et de radiologie et autres services de diagnostic;
- ☐ les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes, lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital;
- ☐ les fournitures chirurgicales ordinaires;
- ☐ l'utilisation de la salle d'opération, de la salle d'attente et des installations anesthésiques;
- ☐ l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie, lorsqu'ils sont disponibles;
- ☐ le sang ou les produits de fractionnement du sang.

Voici la liste des services offerts aux malades externes :

- ☐ les examens de laboratoire et de radiologie;

1 Le nombre d'établissements déclarés dans d'autres documents peut différer de 35 en raison de l'utilisation de définitions différentes du terme « établissement ».

- ☐ la procédure de diagnostic, y compris l'utilisation de produits radiopharmaceutiques;
- ☐ les examens électroencéphalographiques;
- ☐ l'utilisation des installations d'ergothérapie et de physiothérapie, lorsqu'elles sont disponibles;
- ☐ les services infirmiers nécessaires;
- ☐ les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes;
- ☐ le sang ou les produits de fractionnement du sang;
- ☐ les services hospitaliers relatifs à la plupart des interventions médicales ou chirurgicales mineures;
- ☐ les soins de jour pour diabétiques;
- ☐ les services autres que les services médicaux fournis par la Nova Scotia Hearing and Speech Clinic ainsi que les services fournis dans cette clinique;
- ☐ la procédure de diagnostic par ultrasons;
- ☐ la nutrition parentérale à domicile;
- ☐ l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

Pour ajouter un nouveau service hospitalier à la liste des services hospitaliers assurés, les ASD sont tenues de soumettre une proposition de programme nouveau ou élargi au ministère de la Santé. Ce processus est entrepris chaque année dans le cadre de la planification des activités. Un modèle de processus élaboré par le Ministère est transmis aux ASD afin de les guider dans leur démarche. Un groupe de travail du Ministère passe en revue toutes les demandes reçues et en établit l'ordre de priorité. En tenant compte du financement disponible, le ministre de la Santé peut approuver un certain nombre de priorités absolues.

2.2 Services médicaux assurés

La loi qui prévoit la prestation de services médicaux assurés en Nouvelle-Écosse est la *Health Services and Insurance Act*, articles 3(2), 5, 8, 13, 13A, 17(2), 22, 27-31 et 35, et le règlement Medical Services Insurance Regulations.

La *Health Services and Insurance Act* a été modifiée en 2002-2003 pour comprendre l'article 13B qui stipule ce qui suit :
[Traduction]

« À compter du 1er novembre 2002, toute entente intervenue entre un fournisseur de soins et un hôpital, ou des prédécesseurs d'un hôpital, prévoyant la rémunération des services professionnels assurés, l'engagement, de la part du fournisseur de soins, à être de garde pour la prestation de tels services ou à se réinstaller ou à maintenir une présence à proximité d'un hôpital, exception faite des ententes auxquelles le Ministre et la Société sont parties, est nulle et non avenue et aucune rémunération n'est payable en vertu de l'entente, dont la rémunération autrement payable pour la résiliation de l'entente. »

En vertu de la *Health Services and Insurance Act*, les personnes qui peuvent offrir des services médicaux assurés sont les suivantes :

- ☐ les omnipraticiens exerçant la médecine générale;
- ☐ les médecins qui ne sont pas spécialistes au sens de la disposition;
- ☐ les spécialistes qui sont médecins et qui sont reconnus comme spécialistes par l'organisme de réglementation professionnelle pertinent du secteur de compétence où ils exercent leurs fonctions.

Les médecins (omnipraticiens ou spécialistes) doivent recevoir une autorisation du College of Physicians and Surgeons de la Nouvelle-Écosse pour avoir le droit de présenter des factures au régime MSI. Les dentistes qui sont rémunérés en vertu de ce régime doivent être inscrits au Provincial Dental Board et être reconnus comme tels. En 2003-2004, 2 116 médecins et 28 dentistes ont été rémunérés par l'entremise du régime MSI.

Les médecins se gardent le droit d'adhérer au régime MSI ou de se retirer de celui-ci. Dans ce dernier cas, il revient au médecin d'aviser le régime MSI et de se dessaisir de son numéro de facturation. Les malades qui paient directement le médecin s'étant retiré du régime sont remboursés

à même le régime MSI. Au 31 mars 2004, aucun médecin ne s'était retiré du régime.

Les services assurés sont les services requis sur le plan médical pour diagnostiquer, traiter, réadapter ou modifier une structure de la morbidité. Il n'existe aucune limite pour les services assurés médicalement requis.

En 2003-2004, aucun nouveau service d'importance n'a été ajouté à la liste des services médicaux assurés. Sur une base continue, tous les trimestres, on approuve de nouveaux codes d'honoraires particuliers qui représentent les améliorations, les nouvelles technologies ou les nouvelles façons de fournir un service.

Un comité procède à l'ajout des nouveaux codes d'honoraires à la liste des services médicaux assurés. Les médecins qui souhaitent faire reconnaître ou établir un nouveau code d'honoraires doivent au préalable soumettre leur cas à l'organisme Doctors Nova Scotia, qui propose une valeur pour les nouveaux honoraires suggérés.

La valeur proposée est ensuite soumise à l'examen et à l'approbation du Joint Fee and Tariff Committee. Le comité mixte est formé d'un nombre égal de membres de Doctors Nova Scotia et du ministère de la Santé. Une fois approuvés par le comité, les nouveaux honoraires suggérés sont soumis à l'approbation finale du ministère de la Santé. Le Service Croix Bleue de l'Atlantique est chargé d'ajouter les nouveaux honoraires au barème des services assurés remboursables au titre du MSI.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Aux termes de la *Health Services and Insurance Act*, un dentiste est une personne légalement autorisée à exercer la dentisterie dans un lieu propre à l'exercice de sa profession.

Pour fournir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu de la *Health Services and Insurance Act*, les dentistes doivent être membres agréés de la Nova Scotia Dental Association et être qualifiés dans l'exercice de la chirurgie dentaire. La *Health Services and Insurance Act* stipule qu'un dentiste peut choisir de ne pas participer au régime MSI. Pour y participer, il doit s'inscrire. Un dentiste participant qui souhaite se retirer du régime est tenu d'informer le régime MSI par écrit; il n'est plus autorisé par la suite à présenter des réclamations à ce régime. Au 31 mars 2003, aucun dentiste ne s'était retiré du régime. En 2003-2004, 36 dentistes ayant fourni des services de chirurgie dentaire assurés ont été rémunérés par l'entremise du régime MSI.

Les services de chirurgie dentaire assurés doivent être fournis dans un établissement de santé. Les services assurés sont énumérés dans le règlement Insured Dental Services Tariff Regulations. Les services fournis en vertu de ce programme sont assurés lorsque l'état du patient est tel que l'intervention doit, sur le plan médical, être pratiquée à l'hôpital et qu'elle se révèle de nature chirurgicale. En règle générale, les services de chirurgie dentaire assurés englobent la chirurgie orthognatique, la chirurgie destinée à l'enlèvement des dents incluses et la chirurgie buccale et maxillo-faciale. Pour ajouter des services de chirurgie dentaire assurés à la liste, il faut d'abord s'adresser à la Dental Association of Nova Scotia et lui demander de présenter une proposition d'ajout d'une nouvelle intervention au ministère de la Santé. Celui-ci, après avoir consulté des experts dans ce domaine, fait savoir si la nouvelle intervention devient un service assuré.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Voici la liste des services hospitaliers non assurés :

- ☐ l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- ☐ les téléphones;
- ☐ les télévisions;
- ☐ les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé de l'hôpital;
- ☐ la chirurgie esthétique;
- ☐ les interventions visant le rétablissement de la fécondité;

- ☐ la chirurgie transsexuelle;
- ☐ la fécondation *in vitro*;
- ☐ les interventions pratiquées dans le cadre d'essais cliniques;
- ☐ les services comme le pontage gastrique dans les cas d'obésité morbide, la chirurgie d'augmentation ou de réduction mammaire et la circoncision des nouveau-nés, sauf, exceptionnellement, s'ils sont jugés nécessaires sur le plan médical;
- ☐ les services requis par un tiers (les compagnies d'assurance, par exemple) qui ne sont pas jugés médicalement nécessaires.

Voici la liste des services médicaux non assurés fournis par les médecins :

- ☐ les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou de toute autre loi fédérale ou provinciale;
- ☐ les frais relatifs aux déplacements ou aux délais;
- ☐ les conseils ou les renouvellements d'ordonnances donnés par téléphone;
- ☐ les examens requis par un tiers;
- ☐ les immunisations ou inoculations de groupe, à moins qu'elles ne soient autorisées par le Ministère;
- ☐ la préparation de certificats ou de rapports;
- ☐ la comparution en cour;
- ☐ les services associés à l'électrocardiographie, à l'électromyographie et à l'électroencéphalographie, à moins que le médecin ne soit un spécialiste dans le domaine en question;
- ☐ la chirurgie esthétique;
- ☐ l'acupuncture;
- ☐ le rétablissement de la fécondité;
- ☐ la fécondation *in vitro*.

Tous les résidents de la province ont droit aux services couverts en vertu de la *Health Services and Insurance Act*. Les patients qui peuvent acheter des biens et des services améliorés (lentilles intraoculaires pliables ou plâtres en fibre de verre, par exemple) doivent être bien informés des coûts et ne doivent pas se voir refuser les services en raison de leur incapacité de payer. La province offre des solutions de rechange à tout bien ou service amélioré. Le ministère de la Santé étudie aussi avec attention toutes les plaintes déposées par les patients ou les préoccupations du public pouvant indiquer le non-respect des principes généraux associés aux services assurés.

Pour désassurer des services médicaux, les représentants de Doctors Nova Scotia et du ministère de la Santé doivent entamer un processus de négociation qui leur permettra d'évaluer conjointement une intervention pour en déterminer la nécessité sur le plan médical. Si l'intervention n'est pas jugée nécessaire sur le plan médical, elle sera retirée du barème de rémunération des médecins et ne sera plus remboursée à titre de service assuré. Lorsqu'un service n'est plus assuré, l'ensemble des interventions et des examens associés à sa prestation deviennent également non assurés. Le même processus s'applique aux services dentaires et hospitaliers. Le dernier retrait en grand nombre de services assurés est survenu en 1997.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

L'admissibilité aux services de santé assurés en Nouvelle-Écosse est indiquée à l'article 2 du règlement Hospital Insurance Regulations conformément à l'article 17 de la *Health Services and Insurance Act*. Tous les résidents de la Nouvelle-Écosse sont admissibles. On définit un résident comme toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, qui habite et vit habituellement en Nouvelle-Écosse.

Les personnes des autres provinces du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse sont habituellement admissibles au régime MSI à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée à titre de résidents permanents. Les personnes d'autres pays qui s'établissent en permanence en Nouvelle-Écosse sont admissibles au régime à compter de la date de leur arrivée dans la province, à condition qu'elles soient citoyennes du Canada ou qu'elles aient le titre de résidents permanents selon la

définition utilisée par Citoyenneté et Immigration Canada.

Les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) et des Forces canadiennes, les détenus des pénitenciers fédéraux et les membres de l'Organisation du Traité de l'Atlantique Nord ne sont pas admissibles au régime MSI. Lorsque leur statut change, ils deviennent admissibles au régime provincial.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour obtenir une carte d'assurance-maladie en Nouvelle-Écosse, les résidents doivent s'inscrire auprès du régime MSI. Une fois l'admissibilité établie, ils doivent remplir un formulaire de demande. La personne qui fait la demande (et son conjoint, s'il y a lieu) doit signer le formulaire avant que l'on puisse procéder au traitement de la demande. Le demandeur doit indiquer sur la demande le nom et l'adresse d'un témoin. Ce dernier doit résider en Nouvelle-Écosse et pouvoir confirmer l'information figurant sur la demande. Le demandeur doit, en outre, inclure une preuve de citoyenneté canadienne ou fournir une copie d'un document d'immigration acceptable.

Une fois la demande approuvée, chaque membre de la famille figurant sur la demande reçoit une carte d'assurance-maladie. Chaque carte d'assurance-maladie porte un numéro unique et est valide pour la durée de vie du demandeur. Les cartes sont renouvelables tous les quatre ans. Le numéro de la carte d'assurance-maladie sert aussi de principal identificateur de dossier de santé pour tous les services de santé obtenus en Nouvelle-Écosse pendant la vie du bénéficiaire. Avant d'obtenir des services assurés, les résidents doivent fournir une preuve d'admissibilité à ces services. Des avis de renouvellement sont envoyés à la plupart des détenteurs de carte trois mois avant la date d'expiration de cette dernière. Sur réception de l'avis de renouvellement dûment signé, le régime MSI délivrera une nouvelle carte d'assurance-maladie.

Il n'existe aucune loi en Nouvelle-Écosse qui oblige les résidents de la province à s'inscrire au régime MSI. Il peut donc y avoir des résidents de la Nouvelle-Écosse qui ne sont pas inscrits au régime d'assurance-maladie.

En 2003-2004, on comptait 956 820 résidents inscrits au régime d'assurance-maladie.

3.3 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes également admissibles à la couverture des services de soins de santé assurés en Nouvelle-Écosse sont les suivantes :

Immigrants : Les personnes de l'étranger qui s'installent de façon permanente en Nouvelle-Écosse sont admissibles aux soins de santé à la date de leur arrivée. Elles doivent détenir un document d'immigrant ayant obtenu le droit d'établissement. Ces personnes, auparavant appelées « immigrants reçus », sont désormais appelées « résidents permanents ».

Les non-Canadiens mariés à un citoyen canadien ou à un « résident permanent » de même que les réfugiés au sens de la Convention qui ont fait une demande de résidence permanente au Canada sont admissibles aux soins de santé assurés à compter de la date de la demande de résidence permanente. Les demandeurs doivent avoir en leur possession une lettre de Citoyenneté et Immigration Canada attestant leur statut. Un réfugié au sens de la Convention est désigné par la Commission de l'immigration et du statut de réfugié comme une personne qui craint d'être persécutée dans son pays d'origine du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques.

En 2003-2004, il y avait 19 345 résidents permanents inscrits au régime d'assurance-maladie.

Permis de travail : Les personnes de l'étranger qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse et qui possèdent un permis de travail peuvent présenter une demande d'inscription au régime à la date de leur arrivée en Nouvelle-Écosse, à la condition

qu'elles demeurent en Nouvelle-Écosse pendant au moins une année complète. Le travailleur doit signer une déclaration confirmant qu'il ne se trouvera pas à l'extérieur de la Nouvelle-Écosse pendant plus de 31 jours consécutifs, sauf dans l'exercice d'un emploi. La couverture du régime est prolongée pour des périodes maximales de 12 mois à la fois et ne porte que sur les services reçus en Nouvelle-Écosse, dont la liste figure sur la carte d'assurance-maladie. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Les personnes à la charge des titulaires ont droit à la même couverture, selon les mêmes modalités.

En 2003-2004, on comptait 478 individus possédant une autorisation d'emploi qui étaient couverts par le régime d'assurance-maladie.

Permis d'études : Les personnes d'autres pays en possession d'une autorisation d'étude qui viennent s'établir en Nouvelle-Écosse sont admissibles au régime MSI à compter du premier jour du treizième mois qui suit le mois de leur arrivée, à condition qu'elles n'aient pas séjourné à l'extérieur de la province pendant plus de 31 jours consécutifs. La couverture du régime est prolongée pour une période maximale de 12 mois à la fois et ne porte que sur les services reçus en Nouvelle-Écosse. Chaque année, le titulaire doit présenter une copie de son document d'immigration renouvelé et signer une déclaration. Lorsque l'étudiant a obtenu le droit de participer au régime, les personnes à sa charge ont droit à la même couverture, selon les mêmes modalités.

En 2003-2004, 687 titulaires de permis d'études étaient couverts en vertu du régime d'assurance-maladie.

Réfugiés : Les réfugiés sont admissibles au régime MSI s'ils détiennent un permis d'emploi ou d'études ou s'ils ont présenté une demande de résidence permanente. Ils sont assujettis aux dispositions d'admissibilité relatives au type de document d'immigration qu'ils détiennent.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Les personnes des autres provinces ou territoires du Canada qui s'établissent en Nouvelle-Écosse sont normalement admissibles au régime MSI à compter de la première journée du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée à titre de résident permanent de la province.

4.2 Couverture pendant des absences temporaires au Canada

Tous les cas se rapportant à la transférabilité des services assurés doivent être traités en vertu de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité.

Conformément à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité, le régime MSI de la Nouvelle-Écosse offre généralement une couverture aux résidents de la province qui s'établissent ailleurs au Canada pendant une durée de trois mois. Les étudiants qui sont temporairement absents de la province et qui fréquentent un établissement d'enseignement à temps plein peuvent demeurer admissibles au régime sur une base annuelle. Pour être admissible au régime MSI, l'étudiant doit présenter au régime une lettre de son établissement d'enseignement qui confirme sa présence pour chaque année visée par la couverture demandée.

Les travailleurs qui s'absentent de la Nouvelle-Écosse pour chercher un emploi ailleurs demeurent admissibles au régime MSI pendant une période pouvant aller jusqu'à douze mois, à condition qu'ils ne s'établissent pas dans une autre province ou territoire ou un autre pays. Les services fournis aux résidents de la Nouvelle-Écosse dans une autre province ou un territoire sont couverts par des ententes de réciprocité. La Nouvelle-Écosse participe à l'entente de facturation réciproque des services hospitaliers et à l'entente de facturation réciproque des services médicaux. Le Québec est la seule province qui ne participe pas à l'entente

de facturation réciproque des services médicaux. La Nouvelle-Écosse paie les services assurés par les médecins du Québec aux résidents de la Nouvelle-Écosse, et ce, aux tarifs du Québec, si les services sont assurés en Nouvelle-Écosse. La majorité des réclamations de ce genre sont reçues directement de médecins du Québec. Les services hospitaliers fournis à des malades hospitalisés sont payés en vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale au coût normalisé d'hospitalisation en salle commune de l'hôpital ayant fourni le service. En 2003-2004, les montants payés en vertu du régime pour des services hospitaliers fournis dans d'autres provinces et territoires totalisaient 15 859 930 $ pour les malades hospitalisés et 4 303 236 $ pour les malades externes. Dans tous les cas de facturation réciproque, la Nouvelle-Écosse paie les tarifs de la province d'accueil pour les services assurés.

4.3 Couverture pendant des absences temporaires à l'étranger

La Nouvelle-Écosse se conforme à l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité dans le cas des services assurés fournis aux résidents qui séjournent temporairement à l'étranger. Pourvu qu'un résident de la Nouvelle-Écosse réponde aux critères d'admissibilité, les services fournis à l'étranger sont payés au coût moindre en fonction du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. Pour être admissibles à la couverture, les résidents ne doivent habituellement pas être à l'extérieur du pays pour une période de plus de six mois dans une même année civile. Il est nécessaire d'obtenir une autorisation préalable pour s'assurer de la couverture des interventions non urgentes par le régime MSI.

Les étudiants qui s'absentent temporairement de la province et qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement à l'extérieur du Canada peuvent demeurer admissibles, sur une base annuelle, au régime MSI. Pour être admissibles au régime MSI, les étudiants doivent présenter au régime une lettre de leur établissement d'enseignement qui confirme leur présence pour chaque année visée par la couverture demandée.

Les travailleurs qui s'absentent de la Nouvelle-Écosse pour chercher un emploi ailleurs demeurent admissibles au régime MSI pendant une période pouvant aller jusqu'à vingt-quatre mois, à condition qu'ils ne s'établissent pas dans un autre pays.

Les services urgents fournis à l'étranger sont payés au coût moindre en fonction du montant qu'aurait payé la Nouvelle-Écosse pour des services similaires fournis dans la province. En 2003-2004, le montant dépensé pour des services assurés fournis aux malades hospitalisés à l'étranger totalisait 623 896 $.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Une autorisation préalable est requise dans le cas des services facultatifs fournis à l'étranger. Un médecin de la Nouvelle-Écosse doit faire une demande d'autorisation préalable auprès du directeur médical du régime MSI pour le compte d'un résident assuré. Le médecin-conseil examine les modalités et les conditions et détermine si le service est fourni dans la province, peut être fourni dans une autre province ou n'est fourni qu'à l'étranger. Le médecin-conseil fait connaître sa décision au médecin du patient. Le patient est alors couvert en vertu de l'entente de facturation réciproque pour des services facultatifs fournis dans une autre province ou un autre pays. Si un résident est autorisé à obtenir un service à l'étranger, le coût du service sera totalement couvert dans le cadre du régime MSI.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Les services assurés sont fournis aux résidents de la Nouvelle-Écosse selon des modalités uniformes. Aucun des régimes n'impose de frais modérateurs ni de frais supplémentaires.

La Nouvelle-Écosse examine continuellement la situation de l'accès aux soins dans l'ensemble du Canada pour s'assurer de suivre le rythme. Dans les secteurs où l'on juge nécessaire d'apporter des améliorations, on affecte généralement des fonds additionnels à ces secteurs, selon la situation financière de la province. Le ministère de la Santé a accepté les recommandations du rapport du Comité provincial de l'ostéoporose; celles-ci visaient la mise en place de nouveaux appareils de mesure de la densité osseuse à Sydney et à Yarmouth et l'exploitation à pleine capacité de l'appareil de Truro. Ces appareils fonctionnent à pleine capacité en 2004-2005. En mars 2003, des services d'IRM ont été intégrés à l'hôpital régional de Cap-Breton en vue d'accroître l'accès et de réduire les périodes d'attente.

Au cours de l'exercice 2004-2005, une somme additionnelle de 7 millions de dollars sera affectée au budget du district de santé de la capitale pour s'attaquer au problème des listes d'attente toujours plus longues en orthopédie.

En février 2004, le ministère de la Santé a annoncé l'embauche d'un coordonnateur des services de santé en français dont le mandat consistera à élaborer un plan pour accroître l'accès aux services de santé des Néo-Écossais francophones.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse continue d'insister sur la prestation de services de soins de santé viables et de qualité à ses citoyens.

Au cours de l'exercice 2003-2004, une somme totale de 9,8 millions de dollars a été consentie pour la formation, le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier. Quatre-vingt-trois pour cent des infirmières et des infirmiers de la promotion de 2003 ont renouvelé leur autorisation, comparativement à seulement 51 pour cent en 2001. Il s'agit du plus haut taux de maintien en poste depuis 1999.

En novembre 2003, le ministère de la Santé a lancé un nouveau site Web à l'intention du personnel infirmier et des étudiants en soins infirmiers. Ce nouveau site Web, qui a été conçu par des infirmières, présente de l'information aux infirmières de la Nouvelle-Écosse sur la formation, le recyclage professionnel, le maintien en poste et le recrutement.

En janvier 2004, le ministre de la Santé a annoncé du financement dans le but d'ouvrir 25 lits en chirurgie et une salle d'opération supplémentaire au QEII Health Sciences Centre de Halifax. Cette décision permettra de réduire les délais d'attente dans les hôpitaux ainsi que le surpeuplement dans les salles d'urgence.

Le Tableau 1 présente une ventilation des professions clés de la santé dont les membres sont autorisés à exercer en Nouvelle-Écosse. Ces professionnels de la santé n'ont pas tous participé activement à la prestation de services de santé assurés. En Nouvelle-Écosse, en 2003-2004, la télémédecine a également été utilisée pour fournir les services énumérés au Tableau 2.

Tableau 1
Personnel de la santé en Nouvelle-Écosse (2002)

Profession	Nombre de permis d'exercice[2]
Médecins	2 045
Dentistes[3]	464
Infirmières autorisées	9 556[4]
Infirmières auxiliaires autorisées	3 329[4]
Techniciens en radiation médicale	483
Inhalothérapeutes	186
Pharmaciens	1 004
Ergothérapeutes	240
Orthophonistes	156
Chiropraticiens	74
Opticiens	173
Optométristes	76
Denturologistes	55
Diététistes	402
Psychologues	371

Tableau 2
Services de télémédecine en Nouvelle-Écosse

Genre d'activité relative à la santé	Nombre d'« activités »
Cas de téléradiologie	67
Séances de formation (établissements participants)	763 (3 442)
Consultations cliniques	1 823
Réunions administratives (établissements participants)	378 (988)
Conférences sur des cas cliniques	71

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En 2003-2004, 2 116 médecins et 28 dentistes ont effectivement fourni des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* ou des lois provinciales. Des solutions de financement innovatrices, comme le financement global et les marchés de services personnels, ont permis d'accroître le recrutement.

La Nouvelle-Écosse a augmenté la capacité de formation médicale, coordonne les activités de recrutement permanentes et a fourni le financement pour lancer un programme de réinsertion à l'intention des omnipraticiens qui souhaitent suivre une formation spécialisée après avoir effectué deux années de médecine générale dans la province.

2 Ce ne sont pas tous les professionnels autorisés à exercer qui travaillent.
3 Un nombre limité de dentistes autorisés ont obtenu l'autorisation d'offrir des services dentaires assurés.
4 Les données visent l'année 2003.

5.4 Rémunération des médecins

La *Health Services and Insurance Act*, Revised Statutes of Nova Scotia, chapitre 197, régit la rémunération des médecins et des dentistes pour les services assurés. Les rémunérations sont versées aux médecins conformément à une entente négociée entre Doctors Nova Scotia et le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Doctors Nova Scotia est reconnue à titre de seule agence de négociation en faveur des médecins dans la province. Au moment des négociations, des représentants de Doctors Nova Scotia et du ministère de la Santé discutent du financement global et des autres conditions. L'entente-cadre actuelle est en vigueur du 1er avril 2004 au 31 mars 2008. L'entente établit la valeur unitaire accordée aux services médicaux et aborde d'autres questions telles que l'Association canadienne de protection médicale, les services aux membres, le paiement versé au service des urgences, le financement pour les médecins en disponibilité, les réajustements de frais précis, les modes de règlement des différends ainsi que d'autres enjeux associés à des processus ou à des consultations.

La rémunération à l'acte demeure toujours le mode de paiement le plus courant pour les services médicaux. Cependant, on a constaté une croissance importante du nombre d'autres modes de financement disponibles en Nouvelle-Écosse.

En 2003-2004, les paiements totaux aux médecins de la Nouvelle-Écosse ont été de 434 000 386 $ pour les services assurés. Le Ministère a versé 5 747 516 $ de plus pour des services médicaux rendus à des résidents de la Nouvelle-Écosse dans d'autres provinces et territoires du Canada.

Les taux de rémunération des services dentaires de la province sont négociés entre le ministère de la Santé et la Dental Association of Nova Scotia. Le processus de négociation de ces taux est semblable à celui des services médicaux. Les dentistes sont rémunérés à l'acte. L'entente actuelle prend fin le 31 mars 2004.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse fixe les objectifs budgétaires des services de soins de santé. Pour ce faire, il reçoit les plans d'activités des neuf ASD, du Centre de santé IWK et d'organisations autres que des ASD. Les prévisions provinciales approuvées constituent la base sur laquelle sont fondés les paiements versés à ces organisations pour la prestation des services.

La *Health Authorities Act* a reçu la sanction royale le 8 juin 2000. Cette loi a créé les neuf ASD qui remplacent les anciennes autorités sanitaires régionales de la province. Ce changement est entré en vigueur en janvier 2001 en vertu du règlement District Health Authorities General Regulations. La mise en place de conseils de santé communautaires en vertu du règlement Community Health Boards' Member Selection Regulations est entrée en vigueur en avril 2001. Les ASD sont chargées (en vertu de l'article 20 de la loi) de surveiller la prestation des services de santé dans leur district et ont la pleine responsabilité d'expliquer les décisions dans les plans de santé communautaire par le truchement des plans d'activités qu'ils soumettent au ministère de la Santé.

L'article 10 de la *Health Services and Insurance Act* et les articles 9 à 13 du règlement Hospital Insurance Regulations définissent les modalités de paiement, par le ministre de la Santé, des services hospitaliers assurés aux hôpitaux.

En 2003-2004, on comptait 2 850 lits d'hôpitaux (3,05 lits par 1 000 résidents) en Nouvelle-Écosse. Les dépenses directes du ministère de la Santé pour les coûts de fonctionnement des services hospitaliers assurés ont augmenté à 1,095 milliard de dollars. Le nombre total de radiations de tous les hôpitaux n'est pas disponible pour l'instant.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

La *Health Services and Insurance Act*, Revised Statutes of Nova Scotia, chapitre 197, reconnaît

la contribution versée par le gouvernement fédéral à la Nouvelle-Écosse relativement au coût des services hospitaliers assurés et des services de santé assurés fournis aux résidents de la province. Les résidents de la Nouvelle-Écosse sont au courant des négociations continues qui se déroulent entre les provinces et le gouvernement fédéral, grâce aux communiqués de presse et à la couverture médiatique, et savent que le financement fédéral versé au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) contribue partiellement à la prestation des services médicaux assurés dans la province.

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a également reconnu la contribution fédérale au titre du TCSPS dans divers documents publiés, y compris les documents suivants diffusés en 2003-2004 :

- Public Accounts 2003-2004;
- Budget Estimates 2003-2004 et Budget Estimates 2004-2005.

7.0 Services complémentaires de santé

Services de soins à domicile

Des services de soins à domicile généraux et financés par la province ont été introduits en Nouvelle-Écosse en 1995. Les soins à domicile s'insèrent dans le cadre d'un continuum de services offerts par le truchement de la Direction générale des soins de santé continus du ministère de la Santé. Les services de soins à domicile sont offerts aux résidents de la Nouvelle-Écosse de tous les âges et aident ceux-ci à atteindre et à maintenir leur niveau maximal de santé et à prolonger leur autonomie au sein de la collectivité. Les soins à domicile peuvent être offerts aux personnes souffrant d'une maladie chronique ou d'une invalidité, aux personnes en convalescence ou aux personnes atteintes d'une maladie aiguë. Les services peuvent permettre de reporter l'admission à des établissements de soins de longue durée ou à des hôpitaux ainsi que de faciliter le congé hâtif d'un établissement de soins actifs. Les services de soins de santé et de soutien offerts aux membres de la collectivité par le truchement des soins à domicile comprennent les soins infirmiers, l'aide dans les soins personnels, l'aide dans les activités de soutien à domicile, les services d'oxygénothérapie à domicile et les soins de relève. Des services de soins aux malades chroniques à plus long terme et des services de soins actifs à court terme sont offerts par l'intermédiaire des services de soins à domicile. Les services de soins à domicile en Nouvelle-Écosse continuent à prendre de l'ampleur et des services additionnels y seront ajoutés au fur et à mesure que les ressources le permettront. Ces services pourraient comprendre l'ergothérapie, la physiothérapie, les soins palliatifs, les services pédiatriques et d'autres services selon les besoins.

Le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse a mis en place un point d'accès unique à ses services de soins continus. Les résidents de la Nouvelle-Écosse entrent en communication avec les services de soins à domicile, de placement dans des établissements de soins de longue durée et de protection des adultes par l'entremise d'un seul numéro de téléphone sans frais.

	Personnes inscrites				
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
1 Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	944 487	947 963	953 385	955 475	956 820

	Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire				
Établissements publics	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
2 Quantité (#)					
a soins actifs	35	35	35	35	35
b soins chroniques	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c soins de readaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e total	35	35	35	35	35
3 Paiements ($)					
a soins de courte durée	812 776 800	877 019 426	926 797 569	1 021 934 504	1 095 584 706
b soins chroniques	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c soins de readaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e total	812 776 800	877 019 426	926 797 569	1 021 934 504	1 095 584 706
Établissements privés à but lucratif	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
4 Quantité (#)					
a installations chirurgicales	1	1	1	1	1
b établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c total	1	1	1	1	1
5 Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#)					
a installations chirurgicales	120	109	81	82	38
b établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c total	0	0	0	0	38
6 Paiements totaux destinés aux (5)					
a installations chirurgicales	15 677	14 627	19 926	31 714	5 531
b établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c total	0	0	0	0	5 531

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
7. Nombre de médecins participants (#)					
a. omnipraticiens	829	920	865	875	904
b. spécialistes	1.095	1.067	1.128	1.142	1.198
c. autres	0	0	10	9	14
d. total	1.924	1.987	2.003	2.026	2.116
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#)					
a. omnipraticiens	4.619.083	4.498.232	4.521.991	4.563.449	4.629.753
b. spécialistes	1.606.842	1.645.535	1.650.685	1.677.973	1.924.079
c. autres	0	3.951	2.999	2.512	7.096
d. total	6.225.925	6.147.718	6.175.675	6.243.934	6.560.930
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte ($) [1]					
a. omnipraticiens	104.587.110	102.332.556	102.555.964	113.507.874	120.455.816
b. spécialistes	112.250.617	117.891.477	118.414.434	127.688.914	133.964.947
c. autres	0	175.890	162.779	165.984	250.201
d. total	216.837.727	220.399.923	221.133.176	241.362.772	254.670.965
12. Paiement moyen par frais de service ($)					
a. omnipraticiens	22.64	22.75	22.68	24.87	26.02
b. spécialistes	69.86	71.64	71.74	76.10	69.63
c. autres	0.00	44.52	54.28	66.08	35.25
d. tous les services	34.83	35.85	35.81	38.66	38.82
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#)					
a. médicaux	5.908.054	5.457.153	5.462.682	6.458.299	6.572.716
b. chirurgicaux	317.871	985.321	1.009.997	1.096.509	1.117.739
c. diagnostics	1.514.011	1.121.296	1.124.792	1.144.383	1.191.588
d. autres	0	291.352	308.326	324.081	317.419
e. total	7.739.936	6.147.718	7.905.797	9.023.272	9.199.462
14. Paiements totals effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement ($) [1]					
a. médicaux	non disponible	239.036.017	244.049.190	270.161.897	293.468.260
b. chirurgicaux	non disponible	77.328.861	80.867.051	91.426.158	96.065.557
c. diagnostics	non disponible	25.385.064	26.262.276	28.530.589	37.191.400
d. autres	non disponible	7.287.248	8.015.345	8.210.021	7.275.169
e. total	350.091.235	349.037.190	359.193.862	398.328.665	434.000.386
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement ($)					
a. médicaux	non disponible	29.40	29.18	41.83	44.65
b. chirurgicaux	non disponible	68.53	68.49	83.38	85.95
c. diagnostics	non disponible	57.21	58.97	24.93	31.21
d. autres	non disponible	47.78	53.58	25.33	22.92
e. tous les services	45.23	35.85	35.81	44.14	47.19

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	2 382	2 520	2 050	2 300	2 368
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	30 086	32 859	30 749	34 425	32 968
18. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	10 499 281	9 961 995	8 536 691	12 685 659	15 859 930
19. Paiements totaux, consultations externes ($)	3 772 315	4 171 365	4 009 667	4 447 816	4 303 236
20. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	4 407,75	3 953,17	4 115,45	5 515,50	6 697,61
21. Paiement moyen, consultations externes ($)	125,38	126,94	130,39	129,20	130,58
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
22. Quantité de services (#)	non disponible	180 299	179 833	187 390	180 897
23. Paiements totaux ($)	non disponible	4 766 189	5 078 794	5 562 125	5 747 516
24. Paiement moyen par service ($)	non disponible	26,43	28,24	29,68	31,77

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
27. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	1 053 577	735 834	1 000 023	938 092	623 896
28. Paiements totaux, consultations externes ($)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
29. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
30. Paiement moyen, consultations externes ($)	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
31. Quantité de services (#)	non disponible	2 541	2 421	2 748	2 667
32. Paiements totaux ($)	non disponible	98 461	109 484	121 780	120 977
33. Paiement moyen par service ($)	non disponible	38,75	45,22	44,32	45,36

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
34. Nombre de dentistes participants (#)	55	39	35	36	28
35. Nombre de services fournis (#)	17 525	6 853	4 497	5 188	3 780
36. Paiements totaux ($)	1 467 485	998 692	884 506	939 004	904 283
37. Paiement moyen par service ($)	83,74	144,27	196,69	181,00	239,23

Notes

1. Argent versé uniquement aux établissements de soins actifs et aux CRS.
2. Possibilité d'écarts entre ces données et celles des tableaux statistiques annuels de la Nouvelle-Écosse pour des raisons d'ordre méthodologique.
3. Rémunération à l'acte + programmes ayant un autre mode de rémunération.

Nouveau-Brunswick

Introduction

L'engagement permanent du Nouveau-Brunswick concernant les principes de l'administration publique, de l'intégralité, de l'universalité, de la transférabilité et de l'accessibilité des services de soins de santé – les principes sur lesquels repose la *Loi canadienne sur la santé* – ont été réaffirmés de diverses manières pendant l'exercice 2003-2004. Au cours de l'année, la province a pris des mesures afin de rendre les soins de santé plus accessibles, et ce, en investissant dans de nouveaux établissements de santé et de l'équipement médical neuf, en améliorant la responsabilisation par le truchement de la présentation de nouveaux rapports à ses citoyens, en introduisant des administrateurs élus directement pour superviser la gestion des régies régionales de santé de la province.

Soins de santé primaires

La province s'est lancée dans une nouvelle loi en ce qui concerne les soins de santé primaires axés sur la collectivité et le patient au cours de 2003-2004 avec l'établissement de sa première clinique de pratique coopérative. Située dans le quartier Devon-Marysville de Fredericton, la clinique est ouverte sept jours par semaine. Un groupe de médecins et d'infirmières y travaillent ensemble pour offrir des soins à leurs patients. La clinique a aidé à répondre aux besoins de la région de Fredericton en matière de soins primaires, en plus de réduire la demande pour des services d'urgence en milieu hospitalier. Des projets pilotes de pratique coopérative, auxquels participaient des médecins individuels, ont aussi été mis en œuvre à Bathurst, à Moncton et à Edmundston.

Au cours de l'année, la province est également allée de l'avant avec l'établissement de ses premiers centres de santé communautaire (CSC). Ces installations offriront une nouvelle approche en matière de soins de santé primaires, les médecins travaillant de concert avec les infirmières, les infirmières praticiennes ou d'autres dispensateurs de soins de santé pour satisfaire les besoins en santé communautaire.

Les quatre premiers centres de santé communautaires sont situés à Saint John, à Minto, à Doaktown et à Lamèque. Des évaluations des besoins en santé communautaire, visant à déterminer les besoins en soins de santé de la collectivité et la gamme de professionnels de la santé dont chaque centre a besoin, ont été entreprises. Au cours de l'année, la province a annoncé l'établissement de trois autres CSC pour servir les citoyens de Plaster Rock, de Riverside-Albert et de Caraquet. Ce qui porte à sept le nombre de CSC de la province.

Infirmières praticiennes

Le Nouveau-Brunswick a accueilli les premières infirmières praticiennes au cours de l'exercice 2002-2003 dans le cadre d'une stratégie générale visant à améliorer l'accès aux soins primaires. Les infirmières praticiennes sont maintenant à l'œuvre dans des cabinets de médecin, des cliniques de pratique coopérative et des centres de santé communautaire partout dans la province. Afin d'accroître le bassin de ces nouveaux professionnels de la santé, le ministre de la Santé et du Mieux-être a annoncé le 4 mars 2004 que des subventions seraient versées aux personnes qui étudient pour devenir infirmières ou infirmiers praticien(ne)s. Ces subventions ont aidé 21 étudiants de trois établissements pendant l'exercice 2003-2004.

Régies régionales de la santé

La *Loi sur les régies régionales de la santé*, qui prévoit la prestation et l'administration des

services de santé au sein de régions géographiques bien précises, est entrée en vigueur le 1er avril 2002. Les huit régies régionales de la santé sont responsables de la gestion et de la prestation de services hospitaliers de courte durée, des services extra-muraux et des services de toxicomanie.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être a nommé des membres aux huit nouveaux conseils pour des mandats allant de deux à quatre ans. Les mandats de deux ans ayant pris fin en mai 2004, huit membres de chacun des conseils des RRS ont été élus par des électeurs de chacune des régions de santé en même temps que les élections des conseils municipaux et des conseils scolaires. Le ministre continue de nommer les sept autres membres de chacun des conseils de 15 membres.

Pour renforcer le rôle des RRS et leur responsabilité quant à la prestation de services de santé aux Néo-Brunswickois, on a introduit une loi visant le transfert de la responsabilité des services de santé publique et de santé mentale du ministère de la Santé et du Mieux-être aux RRS. Ce transfert se terminera pendant l'exercice 2004-2005.

Étude sur les ressources humaines du secteur de la santé

Le 2 février 2002, le ministre de la Santé et du Mieux-être a divulgué une étude commandée par le Ministère pour déterminer l'offre et la demande actuelles et futures dans les principales professions relatives à la santé au Nouveau-Brunswick.

Réalisée par Fujitsu Consulting, cette étude analysait l'offre et la demande dans les principales disciplines de la santé afin de déterminer les pénuries à venir, les principales questions à relever et les tendances en matière de ressources humaines en santé. La première partie de l'étude portait sur 27 professions dans le domaine de la santé, et la deuxième sur les médecins. Les groupes dispensateurs de soins de santé sont ceux qui ont le plus contribué à l'étude. Dans le rapport déposé à la fin de l'étude, les auteurs recommandaient de définir des stratégies pour aider la province à combler ses besoins futurs en matière de ressources humaines en santé et, par le fait même, faire en sorte que les Néo-Brunswickois continuent à avoir accès à des services de santé assurés adéquats.

Charte des droits et responsabilités en matière de santé

La *Loi établissant la Charte des droits et responsabilités en matière de santé* a été déposée devant l'Assemblée législative le 8 avril 2003 par le ministre de la Santé et du Mieux-être. La loi exige que tous les Néo-Brunswickois aient le droit d'avoir accès dans un délai raisonnable à des services de soins de santé; le droit d'être traités en toute sécurité, avec confort et considération; le droit de prendre des décisions éclairées en matière de soins de santé; et le droit à des enquêtes sur les plaintes. La loi confirme que les Néo-Brunswickois ont la responsabilité d'utiliser les services de soins de santé de manière raisonnable; d'apprendre à connaître les choix concernant les styles de vie sains et à les faire; de participer activement aux décisions concernant les soins de santé qui leur sont prodigués; et d'utiliser les mécanismes de plaintes de manière appropriée et efficace. La loi établirait aussi un protecteur de la santé et du mieux-être, relevant directement de l'Assemblée législative, pour aider les Néo-Brunswickois à composer avec le système de soins de santé. Après la deuxième lecture, la loi a été retournée au Comité spécial de la santé en vue d'un examen plus approfondi.

Rapports destinés à nos citoyens

La province a également continué à prendre des mesures pour mieux renseigner les Néo-Brunswickois sur l'état de leur propre santé et l'état de leur système de soins de santé.

En septembre 2002, le Nouveau-Brunswick s'est joint à d'autres administrations pour présenter à sa population un rapport sur un ensemble commun d'indicateurs de la santé, comme les premiers ministres en avaient convenu en septembre 2000. Le rapport indiquait que les Néo-Brunswickois enregistrent un taux élevé de satisfaction face aux

services de santé qu'ils reçoivent, mais que les résultats étaient moins reluisants en ce qui concerne les mesures associées à la santé personnelle. Le Nouveau-Brunswick a publié, de concert avec d'autres administrations, un rapport de suivi sur les indicateurs de santé en novembre 2004.

En janvier 2003, la province a rendu public le rapport intitulé *Fiche de rendement du système de sante du Nouveau-Brunswick*, premier rapport en son genre faisant état aux citoyens de la province de la situation relative aux services de soins de santé et de l'état de santé global des Néo-Brunswickois. Les auteurs du rapport y examinaient les déterminants clés de la santé au sein de la population de la province et se penchaient sur les défis que doivent relever les Néo-Brunswickois pour maintenir les services de soins de santé qui leur tiennent à cœur. Le ministère de la Santé et du Mieux-être publiera un rapport de suivi au cours de l'exercice 2004-2005.

Autres faits nouveaux

Le 31 mars 2004, le ministre de la Santé et du Mieux-être déposait des modifications à la *Loi sur le paiement des services médicaux* afin de préciser les critères d'admissibilité aux services de santé dispensés dans l'État du Maine. La loi a été modifiée de manière à permettre aux établissements de santé des administrations avoisinantes aux États-Unis d'offrir des soins assurés aux personnes qui travaillent dans des régions géographiques déterminées du Nouveau-Brunswick, y sont en visite ou y habitent. La loi modifiée a reçu la sanction royale le 28 mai 2004.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Au Nouveau-Brunswick, l'assurance-maladie est connue sous le nom de régime de services médicaux. En vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux*, promulguée le 1er janvier 1971, et de son règlement d'application, le ministre de la Santé et du Mieux-être est l'instance publique responsable de la gestion et du fonctionnement du régime.

La loi et son règlement précisent les critères d'admissibilité, les droits des prestataires et les responsabilités de l'autorité provinciale, lesquelles comprennent l'établissement d'un régime de services de santé et la définition des services assurés et non assurés. La loi régit également les types d'accords que l'autorité provinciale peut conclure avec d'autres provinces ou territoires et avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick, de même que les droits des médecins, le mode de détermination des montants à payer pour des services autorisés, le mode d'évaluation des comptes pour des services autorisés ainsi que les questions relatives à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels, dans la mesure où elles sont associées à l'exécution de la loi.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être est responsable de l'établissement d'un régime de services médicaux en vertu duquel on détermine qui en sont les prestataires, quels services sont et ne sont pas couverts ainsi que les montants à payer pour les services autorisés. Dans le cadre de ce régime, le Ministre évalue et vérifie les factures présentées par les médecins par l'entremise d'inspecteurs qu'il a lui-même nommés et d'un comité d'examen professionnel, comme il est prévu aux articles 24(1) à 33 du règlement d'application de la *Loi sur le paiement des services médicaux*. Le Ministre a également le pouvoir de recouvrer les coûts de services autorisés auprès d'une personne négligente.

1.2 Liens hiérarchiques

La Direction de l'assurance-maladie du ministère de la Santé et du Bien-être est chargée de la gestion du régime. Le Ministre s'acquitte de son obligation de rendre compte à l'Assemblée législative, soit au moyen du rapport annuel du Ministère, soit dans le cadre des processus législatifs habituels.

La *Loi sur les régies régionales de la santé*, qui est entrée en vigueur le 1er avril 2002, établit les rapports entre les huit régies régionales de la santé (RRS) et le ministère de la Santé et du Mieux-être. Aux termes de la loi, les RRS doivent préparer des plans de santé et des plans d'affaires régionaux qui concordent avec le plan de santé provincial élaboré par le ministère de la Santé et du Mieux-être. Les activités et les affaires des RRS doivent être contrôlées et gérées par un conseil d'administration dont les membres sont nommés ou élus conformément à la loi et son règlement d'application. Le directeur général de chacune des RRS relève du sous-ministre de la Santé et du Mieux-être. En vertu des paragraphes 7(1) et 7(2) de la loi, le ministre de la Santé et du Mieux-être doit établir un cadre de responsabilité, rédigé en consultation avec les RRS, pour préciser les responsabilités que chaque partie a à l'égard de l'autre dans le système de santé provincial.

1.3 Vérification des comptes

Trois groupes ont pour mandat de procéder à des vérifications du régime de services médicaux.

Le vérificateur général du Nouveau-Brunswick

En vertu de la *Loi sur le vérificateur général*, le Bureau du vérificateur général procède à la vérification externe des comptes de la province du Nouveau-Brunswick, laquelle englobe les dossiers financiers du ministère de la Santé et du Mieux-être. Pour l'exercice 2003-2004, toutes les transactions du Ministère ont été assujetties à la vérification. Cette procédure est effectuée de façon systématique chaque année. À la suite de la vérification, le vérificateur général publie une lettre de recommandations ou un rapport pour signaler les erreurs relevées et les faiblesses du contrôle. Le vérificateur général effectue aussi des examens de la gestion relativement aux programmes, comme il le juge opportun. Au cours de 2003-2004, le vérificateur général a déposé un rapport sur la responsabilisation des hôpitaux et des unités psychiatriques.

Le Bureau du contrôleur général

Le contrôleur est le vérificateur interne en chef de la province du Nouveau-Brunswick. Il est chargé de mener à bien les activités de vérification interne conformément aux responsabilités et aux pouvoirs décrits dans la *Loi sur l'administration financière*. Dans le cadre d'une vérification interne, le contrôleur a pour mandat de couvrir tous les aspects suivants : vérification des affectations de crédit, vérification des systèmes d'information, vérification de l'optimisation des ressources et vérifications légales. Le travail de vérification accompli par le Bureau du contrôleur varie selon la nature de l'entité vérifiée. Au cours de 2003-2004, le Bureau du contrôleur général a continué à recueillir des données sur l'évaluation des risques sur un certain nombre de programmes offerts par le ministère de la Santé et du Mieux-être. Le contrôleur a en outre entrepris l'examen des systèmes et procédés d'inventaire, de même qu'un projet de recouvrement de la taxe de vente harmonisée (TVH) au ministère de la Santé et du Mieux-être et dans d'autres ministères choisis.

Vérification interne du ministère de la Santé et du Mieux-être

Le groupe de vérification interne du Ministère a pour mandat d'examiner et d'évaluer de façon indépendante les activités du Ministère à tous les niveaux de la gestion. Ce groupe est chargé de fournir à la direction de l'information sur l'adéquation et l'efficacité du système de contrôle interne et sur sa conformité à la loi et aux politiques établies. Il procède à des vérifications des programmes et produit des rapports sur l'efficacité de ces derniers en regard de l'atteinte des objectifs du Ministère. Au cours de 2003-2004, le groupe de vérification interne a examiné certains aspects du programme de formation médicale et le volet salaires des médecins du régime d'assurance-maladie, et a réalisé une évaluation des risques et un examen des services relativement au volet banque de sérum du programme d'épidémiologie du Ministère.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les autorités législatives qui régissent les services hospitaliers assurés sont la *Loi sur les services hospitaliers (1973)*, règlement 84-167, article 9, et la *Loi hospitalière*, règlement 92-84. Cette dernière a reçu la sanction royale le 20 mai 1992. La *Loi sur les régies régionales de la santé* établit huit régies régionales de la santé (RRS). Chacune d'elles comprend un établissement hospitalier régional et un certain nombre d'établissements de moindre envergure qui offrent tous des services assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes. Chaque RRS regroupe d'autres établissements ou centres de santé sans lits désignés qui offrent un éventail de services aux personnes admissibles.

En vertu du règlement 84-167 de la *Loi sur les services hospitaliers*, les résidants du Nouveau-Brunswick sont admissibles aux services hospitaliers assurés suivants :

- ☐ services internes dans un établissement hospitalier exploité par une régie régionale de la santé agréée, et notamment :
  - ☐ le logement et les repas conformes à ceux d'une salle ordinaire,
  - ☐ les soins infirmiers nécessaires,
  - ☐ les actes de diagnostic, et notamment les services de laboratoire et de radiologie, de même que les interprétations nécessaires, en vue de préserver la santé, prévenir la maladie et faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité,
  - ☐ les produits pharmaceutiques, les substances biologiques et les préparations connexes ainsi qu'il est prévu à l'annexe 2,
  - ☐ l'utilisation de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations anesthésiques, y compris le matériel et les fournitures nécessaires;
  - ☐ les fournitures chirurgicales courantes;
  - ☐ l'utilisation des installations de radiothérapie, s'il y en a;
  - ☐ l'utilisation des installations de physiothérapie, s'il y en a;
  - ☐ les services rendus par des personnes rémunérées par la régie régionale de la santé à cet égard;
- ☐ services externes dans un établissement hospitalier exploité par une régie régionale de la santé agréée, et notamment :
  - ☐ les actes de diagnostic et notamment les services de laboratoire de même que les interprétations nécessaires, lorsque les personnes assurées sont référées par un médecin ou une infirmière praticienne et que les installations agréées sont disponibles;
  - ☐ les actes de diagnostic et notamment les services de laboratoire de même que les interprétations nécessaires, lorsque les installations agréées sont disponibles, s'ils sont effectués aux fins d'un service de dépistage mammographique approuvé par le Ministre;
  - ☐ les services externes offerts par l'hôpital lorsqu'ils sont prescrits par un médecin ou une infirmière praticienne et rendus dans la clinique externe d'une régie régionale de la santé agréée en vue de préserver la santé, de prévenir la maladie et de faciliter le diagnostic et le traitement de toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exception des services suivants :
    - les médicaments brevetés;
    - les médicaments que le malade apporte à la maison;
    - les services de diagnostic rendus au profit de tierces parties tels qu'employeurs et compagnies d'assurances;
    - visites ayant pour seul objet l'administration de médicaments, de sérum ou de substances biologiques;
    - tout service externe assuré au titre de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

2.2 Services médicaux assurés

La loi habilitante qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est la *Loi sur le paiement des services médicaux*. La loi a reçu la sanction royale le 6 décembre 1968. Le règlement 84-29 a été déposé le 13 février 1984, le règlement 93-143, le 26 juillet 1993, le règlement 96-113, le 29 novembre 1996, et le règlement 84-20 de l'annexe 4 (se rapportant aux services de chirurgie dentaire), le 13 avril 1999.

Aucun changement n'a été apporté à la loi ou au Règlement en 2003-2004.

Le régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick couvre les médecins qui fournissent des services médicalement nécessaires. Les conditions qu'un médecin doit remplir pour participer au régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick sont les suivantes :

- être inscrit au Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick;
- être membre de la Société médicale du Nouveau-Brunswick;
- détenir des privilèges dans une régie régionale de la santé;
- être signataire de l'entente des médecins participants.

Au 31 mars 2004, 1 496 médecins adhéraient au régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick.

Les médecins du Nouveau-Brunswick ont la possibilité de se retirer du régime pour l'ensemble des services ou pour certains d'entre eux. Les médecins qui ont opté pour le retrait ne sont pas payés directement par le régime d'assurance-maladie pour les services qu'ils donnent et ils doivent facturer directement leurs patients dans tous les cas. Les patients ne sont pas admissibles à un remboursement du régime d'assurance-maladie.

Les médecins ne peuvent pas se prévaloir de la disposition relative au retrait dans le cas d'une urgence ou pour la continuation de soins entrepris en vertu du régime. Si un médecin participant désire se retirer du régime pour un service particulier, il doit obtenir au préalable le consentement du patient à traiter sans couverture, après quoi il peut facturer directement le patient pour les services donnés. Dans ces cas, le médecin doit toujours suivre la procédure expliquée ci-dessous. Il doit aviser le patient à l'avance et respecter les dispositions suivantes :

- Les frais ne doivent pas excéder le tarif de l'assurance-maladie. Le médecin doit remplir les formulaires de réclamation de l'assurance-maladie prescrits et indiquer le montant total exact exigé du patient. Le prestataire demande par la suite un remboursement en certifiant, sur le formulaire de réclamation, qu'il a bien reçu les services et en envoyant le formulaire aux bureaux de l'assurance-maladie;
- Si les frais excèdent le tarif de l'assurance-maladie, le médecin doit fournir les renseignements suivants au patient avant de donner les services :
  - il se retire du régime et les frais excèdent le tarif;
  - en acceptant de recevoir les services dans ces conditions, le prestataire renonce à tous ses droits d'obtenir un remboursement de l'assurance-maladie;
  - le patient a le droit de se procurer ces services auprès d'un autre médecin qui participe au régime.

Le médecin doit obtenir une renonciation signée du patient sur le formulaire spécifié et envoyer celui-ci aux bureaux de l'assurance-maladie.

Au 31 mars 2004, aucun médecin offrant des services de santé n'avait choisi de se retirer complètement du régime de services médicaux du Nouveau-Brunswick.

L'éventail des services autorisés par l'assurance-maladie comprend l'aspect médical de tous les services médicalement requis offerts par les médecins. Il comprend également certaines interventions de chirurgie dentaire lorsqu'elles sont pratiquées par un médecin ou par un chirurgien dentiste dans un hôpital.

Toute personne, tout médecin ou le ministère de la Santé et du Mieux-être peut demander l'ajout d'un nouveau service. Toutes les demandes sont étudiées par le comité chargé de l'ajout de

nouveaux services, lequel est géré conjointement par la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé et du Mieux-être. La décision d'ajouter un service se fonde habituellement sur la notion de « nécessité médicale » et sur le fait que le service est considéré comme une pratique généralement acceptable (non expérimentale) au Nouveau-Brunswick et au Canada. La notion de « nécessité médicale » s'applique aux services médicalement nécessaires pour maintenir la santé, prévenir les maladies et diagnostiquer ou traiter une blessure, une maladie ou une incapacité. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

L'annexe 4 du règlement 84-20 (déposée le 23 juin 1998) de la *Loi sur le paiement des services médicaux* précise les services de chirurgie dentaire qui peuvent être fournis par un médecin qualifié dans un hôpital si l'état du patient exige que ces services soient donnés dans un hôpital. De plus, un dentiste peut être rémunéré pour assister un autre dentiste dans la prestation de services médicalement nécessaires sous certaines conditions. Pour participer au régime de services médicaux, les dentistes doivent être inscrits à la Société dentaire du Nouveau-Brunswick et remplir l'entente des médecins participants (incluse dans le formulaire d'inscription à l'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick – services dentaires).

Au 31 mars 2004, il y avait 14 dentistes inscrits au régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.

Les dentistes peuvent se prévaloir de la même disposition de retrait du régime que les médecins et ils doivent suivre les même lignes directrices. Le Ministère ne possède pas de données sur le nombre de dentistes non participants au Nouveau-Brunswick.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services non assurés comprennent :

- ☐ les médicaments brevetés;
- ☐ les médicaments que le malade emporte à la maison;
- ☐ les services de diagnostic donnés au profit d'un tiers;
- ☐ les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins, de sérums ou de produits biologiques;
- ☐ le téléviseur ou le téléphone;
- ☐ l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- ☐ les services hospitaliers directement associés aux services énumérés à l'annexe 2 du règlement de la *Loi sur le paiement des services médicaux*.

Les services offerts aux personnes admissibles à d'autres régimes d'assurance fédéraux, provinciaux ou territoriaux ne sont pas couverts.

Il n'existe pas de politiques ni de lignes directrices spécifiques, autres que la loi et ses règlements, pour garantir que les frais perçus pour des produits ou des services médicaux non assurés (c.-à-d. des produits ou des services améliorés tels que des lentilles intraoculaires, des plâtres en fibre de verre, etc.) fournis en combinaison avec un service de santé assuré ne compromettent pas l'accès raisonnable aux services assurés.

Services médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services énumérés à l'annexe 2 du règlement 84-20 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* sont expressément exclus de la gamme des services autorisés par le régime d'assurance-maladie. Ce sont :

- ☐ la chirurgie plastique facultative ou autres services des fins esthétiques;
- ☐ la correction d'un mamelon inverti;
- ☐ l'augmentation mammaire;
- ☐ l'otoplastie pour les personnes de plus de dix-huit ans;

- ☐ l'ablation de petites lésions de la peau, sauf si elles sont précancéreuses ou qu'on soupçonne qu'elles le soient;
- ☐ l'avortement, sauf lorsqu'il est effectué par un spécialiste en obstétrique et en gynécologie dans un établissement hospitalier approuvé par l'administration où est situé l'établissement hospitalier, et que deux médecins ont certifié par écrit que l'avortement était médicalement nécessaire;
- ☐ l'assistance chirurgicale pour les opérations de la cataracte, sauf si l'assistance est requise en raison des risques d'échec opératoire, à l'exception des risques inhérents à l'enlèvement même de la cataracte, en raison d'une maladie ou autre complication;
- ☐ les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques;
- ☐ les vaccins, sérums, médicaments et préparations biologiques énumérés aux articles 106 et 108 du Règlement du Nouveau-Brunswick 88-200 établi en vertu de la *Loi sur la santé*;
- ☐ les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas expressément prévus dans le Cahier des tarifs;
- ☐ l'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'une tierce partie ou autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical;
- ☐ les services dentaires fournis par un médecin;
- ☐ les services qui sont généralement considérés au Nouveau-Brunswick comme étant expérimentaux ou qui sont fournis à titre de recherche appliquée;
- ☐ les services qui sont fournis conjointement avec ceux qui sont visés à l'alinéa ou relativement à ceux-ci;
- ☐ le témoignage devant une cour ou tout autre tribunal;
- ☐ les immunisations, examens ou certificats pour les fins d'un voyage, d'emploi, d'émigration, d'assurance ou faits à la demande d'une tierce personne;
- ☐ les services dispensés par des médecins aux membres de leur famille immédiate;
- ☐ la psychanalyse;
- ☐ l'électrocardiographie (E.C.G.) lorsqu'elle n'est pas effectuée par un spécialiste en médecine interne ou en pédiatrie;
- ☐ les actes de laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation;
- ☐ la détermination des erreurs de réfraction;
- ☐ des services offerts dans la province par des médecins ou des dentistes et dont les droits excèdent le montant payable en vertu du présent règlement;
- ☐ l'ajustage et la fourniture de lunettes ou lentilles de contact;
- ☐ la chirurgie transsexuelle;
- ☐ les services de radiologie dispensés dans la province par une clinique privée de radiologie;
- ☐ l'acupuncture;
- ☐ un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique et non par nécessité médicale;
- ☐ la circoncision des nouveau-nés;
- ☐ l'inversion de vasectomies;
- ☐ une deuxième injection ou toute injection subséquente pour impuissance;
- ☐ l'inversion d'une ligature des trompes;
- ☐ l'insémination intra-utérine;
- ☐ la gastroplastie ou le contournement de l'estomac;
- ☐ la ponction veineuse lorsqu'elle est effectuée aux fins d'un prélèvement sanguin et en tant que procédure unique dans un endroit autre qu'un établissement hospitalier agréé.

Tous les services dentaires qui ne sont pas expressément énumérés dans l'annexe 4 sur les soins dentaires ne sont pas couverts par le régime. Les services médicaux énumérés à l'annexe 2 sont considérés comme les seuls services médicaux non assurés.

La décision de retirer un service médical ou de chirurgie dentaire de la liste des services assurés est fondée sur la correspondance du service à la définition de « nécessité médicale », sur l'examen des régimes de services de santé en place au pays et sur l'utilisation antérieure de ce service particulier. La *Loi sur le paiement des services*

médicaux stipule que, une fois le retrait du service décidé, le gouvernement ne peut apporter aucune modification au règlement avant d'avoir reçu l'avis et les recommandations de la Société médicale du Nouveau-Brunswick ou avant que le délai imparti à cette dernière, par le ministre de la Santé et du Mieux-être, pour fournir son avis et ses recommandations ne soit expiré. À la suite de la réception de l'avis et de la résolution de toutes les questions soulevées, une modification réglementaire est effectuée. Les médecins en sont informés par écrit à la suite de l'émission de l'avis d'approbation. Le public est habituellement informé grâce à un communiqué de presse. Aucun processus de consultation publique n'est utilisé.

Aucun service médical ou de chirurgie dentaire n'a été supprimé de la liste des services assurés au cours de l'exercice 2003-2004.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

La *Loi sur le paiement des services médicaux* et son règlement 84-20, articles 3 et 4, définissent l'admissibilité à l'assurance-maladie au Nouveau-Brunswick.

Les résidants doivent remplir une demande d'inscription à l'assurance-maladie et fournir la preuve de leur citoyenneté canadienne, de leur statut d'Autochtone, ou encore un document d'immigration canadien valide. Un résidant est défini comme une personne légalement autorisée à être ou à demeurer au Canada, qui élit domicile et est habituellement présente au Nouveau-Brunswick, ce qui exclut les touristes, les personnes de passage et les visiteurs de la province.

Toute personne qui entre ou qui revient au Nouveau-Brunswick (exception faite des enfants adoptés à l'extérieur du Canada) se voit imposer une période d'attente avant de devenir admissible au régime d'assurance-maladie. La protection débute le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée.

Les résidants qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance-maladie sont les suivants :

- ☐ les membres réguliers des Forces canadiennes;
- ☐ les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC);
- ☐ les détenus des pénitenciers fédéraux;
- ☐ les personnes déménageant temporairement au Nouveau-Brunswick;
- ☐ un membre d'une famille qui déménage d'une autre province au Nouveau-Brunswick avant les autres membres de sa famille;
- ☐ les personnes en provenance d'une autre province qui sont entrées au Nouveau-Brunswick dans le but de poursuivre leur formation et qui sont admissibles à la couverture du régime de services médicaux de leur province d'origine;
- ☐ les non-Canadiens titulaires de certains types de permis d'autorisation canadiens (p. ex. un permis d'études).

Disposition prévue pour l'admissibilité au régime d'assurance-maladie :

- ☐ les non-Canadiens qui détiennent un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture, sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résidant du Nouveau-Brunswick admissible ou s'ils en sont le conjoint de fait.

Dispositions prévues lorsqu'il y a un changement de statut :

- ☐ les membres des Forces canadiennes, de la GRC ou les détenus sous responsabilité fédérale sont admissibles au régime à compter de la date de leur libération ou de leur élargissement, s'ils résidaient au Nouveau-Brunswick à cette date. Ils doivent remplir une demande et indiquer la date officielle de la libération ou de l'élargissement ainsi qu'une preuve de citoyenneté.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Un prestataire qui souhaite devenir admissible au régime doit s'inscrire et inscrire toutes les personnes à sa charge âgées de moins de 19 ans en remplissant un formulaire fourni par les

bureaux de l'assurance-maladie à cette fin, ou encore il doit être inscrit par une personne agissant en son nom.

Une fois la demande approuvée, le prestataire et les personnes à sa charge sont inscrits, et une carte d'assurance-maladie munie d'une date d'expiration est délivrée pour chacun d'entre eux.

Un avis d'expiration comportant toute l'information familiale enregistrée à cette date dans les dossiers d'assurance-maladie est envoyé au prestataire deux ou trois mois avant la date d'expiration de la carte ou des cartes d'assurance-maladie. Un prestataire qui souhaite demeurer admissible au régime doit confirmer l'information qui figure sur l'avis d'expiration, apporter tous les changements pertinents, et renvoyer le formulaire aux bureaux de l'assurance-maladie. Le dossier est mis à jour à la réception du formulaire rempli, et une nouvelle carte est délivrée, accompagnée d'une nouvelle date d'expiration.

À l'heure actuelle, au Nouveau-Brunswick, seules les personnes considérées comme admissibles sont inscrites.

Tous les membres de la famille (le prestataire, son conjoint et les personnes à charge de moins de 19 ans) doivent s'inscrire comme une unité familiale. Les résidants qui cohabitent sans être légalement mariés peuvent s'inscrire comme une unité familiale, s'ils en font la demande.

Au 31 mars 2004, 738 030 résidants étaient inscrits au régime.

Les résidants peuvent choisir de se retirer du régime. On leur demande alors de signifier leur intention par écrit. Ces renseignements sont ensuite ajoutés à leur dossier, et les prestations prennent fin.

3.3 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens titulaires d'un permis d'immigration qui, normalement, ne les autoriserait pas à bénéficier de la couverture de l'assurance-maladie sont admissibles s'ils sont légalement mariés à un résidant admissible du Nouveau-Brunswick ou s'ils sont conjoints de fait d'un tel résidant, et s'ils demeurent en possession d'un permis d'immigration valide. Au moment du renouvellement, ils doivent fournir leur document d'immigration mis à jour. Au 31 mars 2004, environ 611 personnes étaient assurées en vertu de ces permis d'immigration.

4.0 Transférabilité

4.1 Période d'attente

Il y a une période d'attente de trois mois pour devenir admissible au régime d'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick. La couverture prend effet le premier jour du troisième mois suivant le mois d'arrivée.

4.2 Couverture au cours d'absences temporaires (au Canada)

La *Loi sur le paiement des services médicaux*, règlement 84-20, paragraphes 3(4) et 3(5) définit la transférabilité de l'assurance-maladie pendant un séjour temporaire ailleurs au Canada.

Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation dans une autre province bénéficient d'une couverture pour une période de douze mois renouvelable aux conditions suivantes :

- ils doivent fournir une preuve d'inscription à un établissement d'enseignement;
- ils doivent communiquer avec les bureaux de l'assurance-maladie tous les douze mois pour conserver leur admissibilité;
- ils ne doivent pas établir de résidence à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-maladie dans une autre province.

Les résidants qui travaillent temporairement dans une autre province ou territoire bénéficient d'une couverture pouvant aller jusqu'à douze mois, s'ils respectent les conditions suivantes :

- ils ne doivent pas établir de résidence dans une autre province;

- ils ne doivent pas bénéficier d'une couverture dans une autre province;
- ils doivent avoir l'intention de revenir au Nouveau-Brunswick.

Lorsque les résidants s'absentent pour plus de douze mois, ils doivent demander une couverture dans la province ou le territoire où ils travaillent et ils devraient y être admissibles le premier jour du treizième mois.

Le Nouveau-Brunswick a conclu des accords officiels avec toutes les provinces et les territoires du Canada pour la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Le Nouveau-Brunswick a également conclu des accords réciproques avec toutes les provinces, à l'exception du Québec, pour la prestation des services médicaux assurés. Les services fournis par des médecins du Québec à des résidants du Nouveau-Brunswick sont payés selon le tarif en vigueur au Québec, si les services offerts sont assurés au Nouveau-Brunswick. La majorité des réclamations de cette nature proviennent directement des médecins du Québec. Toute réclamation pour soins de santé payés que soumet le patient est remboursée conformément aux règlements du Nouveau-Brunswick.

Sommes versées par le Nouveau-Brunswick aux autres provinces et territoires au cours de l'exercice 2003-2004 :

Services à des malades hospitalisés	26 085 533 $
Services à des malades externes	5 200 814 $
Services médicaux	9 911 068 $

4.3 Couverture au cours d'absences temporaires (à l'étranger)

La *Loi sur le paiement des services médicaux*, règlement 84-20, paragraphes 3(4) et 3(5) définit la transférabilité de l'assurance-maladie durant des séjours temporaires à l'étranger.

Étudiants : Les étudiants qui fréquentent à temps plein une université ou un autre établissement d'enseignement approuvé et qui quittent le Nouveau-Brunswick pour poursuivre leur formation dans un autre pays bénéficient de la couverture pour une période de douze mois renouvelable aux conditions suivantes :

- ils doivent fournir une preuve d'inscription à un établissement d'enseignement;
- ils doivent communiquer avec les bureaux de l'assurance-maladie tous les douze mois pour conserver leur admissibilité;
- ils ne doivent pas établir leur résidence permanente à l'extérieur du Nouveau-Brunswick;
- ils ne doivent pas bénéficier d'une assurance-maladie ailleurs.

Employés temporaires : Les résidants qui travaillent temporairement à l'extérieur du pays bénéficient d'une couverture maximale de douze mois, même si l'on sait à l'avance qu'ils seront absents pour une période plus longue, pourvu qu'ils n'établissent pas de résidence à l'extérieur du Canada. Toute absence de plus de 182 jours, que ce soit pour des raisons de travail ou de vacances, nécessite une « approbation du directeur ». Cette approbation ne peut être accordée que pour une période n'excédant pas douze mois et ne sera accordée qu'une seule fois tous les trois ans. La famille des résidants employés temporairement à l'extérieur du pays est toujours couverte par le régime si les résidants demeurent au Nouveau-Brunswick.

Exception applicable aux employés temporaires : Les employés mobiles sont des résidants dont les conditions d'emploi nécessitent qu'ils voyagent fréquemment à l'extérieur de la province. Il faut respecter certaines conditions pour être désigné employé mobile :

- la demande doit être soumise par écrit;
- il faut fournir de la documentation pour prouver son statut d'employé mobile, comme une lettre d'un employeur, une photocopie du permis d'immigration;
- la résidence permanente du travailleur doit continuer d'être au Nouveau-Brunswick;
- le travailleur doit revenir au Nouveau-Brunswick pendant les périodes de temps libre.
- la désignation d'employé mobile est assignée pour une période maximale de deux ans, après

quoi le résidant doit soumettre une nouvelle demande et fournir à nouveau la documentation pour confirmer son statut.

Employés contractuels : Tout résidant du Nouveau-Brunswick acceptant un contrat de travail à l'extérieur du pays doit fournir les renseignements et la documentation suivants :

- ☐ une lettre de demande du résidant du Nouveau-Brunswick portant sa signature, les détails de son absence, y compris le numéro d'assurance-maladie, l'adresse au Nouveau-Brunswick, la date de départ, la destination et l'adresse de réexpédition, la raison de l'absence et la date de retour;
- ☐ une copie de l'entente contractuelle conclue entre l'employé et l'employeur qui précise la date du début et de la fin de l'emploi.

Le statut d'« employé contractuel » est attribué pour une période maximale de deux ans. Toute demande additionnelle de statut d'employé contractuel doit être transmise au directeur de l'assurance-maladie à des fins d'approbation au cas par cas.

L'assurance-maladie du Nouveau-Brunswick ne couvre, à l'extérieur du pays, que les services ambulatoires d'urgence, médicaux et hospitaliers, et les services aux malades hospitalisés qui en résultent. L'assurance-maladie paie les coûts des services médicaux associés aux interventions d'urgence au tarif en vigueur au Nouveau-Brunswick. Les frais d'établissement associés aux services médicaux sont, en monnaie canadienne, de 100 $ par jour pour un malade hospitalisé et de 50 $ par visite pour un malade externe.

L'assurance-maladie couvre les services fournis à l'étranger qui ne sont pas offerts au Canada, après approbation préalable seulement. Les résidants peuvent choisir d'obtenir, à l'étranger, des services non urgents; ceux qui reçoivent ces services assumeront toutefois la responsabilité de la totalité des coûts. En 2003-2004, le Nouveau-Brunswick a versé les sommes suivantes pour des services médicaux donnés à l'étranger :

Services à des malades hospitalisés	487 893 $
Services à des malades externes	252 624 $
Services médicaux	422 544 $

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les résidants du Nouveau-Brunswick peuvent être admissibles au remboursement de services médicaux non urgents fournis à l'étranger s'ils remplissent les conditions suivantes :

- ☐ le service requis, un service équivalent ou un autre service n'est pas disponible au Canada;
- ☐ il est fourni dans un hôpital figurant dans la liste de l'édition actuelle de l'*American Hospital Association Guide to the Health Care Field* (guide des hôpitaux des États-Unis, des systèmes de santé, des réseaux, des alliances, des organisations de santé, des agences et des fournisseurs de soins);
- ☐ il est fourni par un médecin en titre;
- ☐ il constitue une méthode de traitement acceptée et reconnue par la communauté médicale et doit être considéré comme étant scientifiquement fondé au Canada. Les interventions et les traitements expérimentaux ne sont pas couverts.

Si les conditions susmentionnées sont remplies, il est obligatoire de demander au préalable une approbation aux bureaux de l'assurance-maladie pour bénéficier d'une couverture. Un médecin, un patient ou un membre de sa famille doit demander au préalable une approbation pour recevoir ces services à l'étranger et fournir toute la documentation à l'appui provenant d'un spécialiste ou de spécialistes du Canada.

Les services suivants font l'objet d'une exemption dans la politique de couverture à l'étranger :

- ☐ l'hémodialyse : les patients doivent obtenir une approbation au préalable, et l'assurance-maladie remboursera le résidant à un tarif équivalant au tarif interprovincial de 220 $ la séance;
- ☐ les tests d'allergie pour la sensibilité aux substances présentes dans l'environnement :

tous les tests envoyés à l'extérieur du pays seront remboursés au taux maximal de 50 $ par jour, montant équivalant au coût d'une visite de malade externe.

Une approbation préalable est également nécessaire pour l'aiguillage des patients vers des hôpitaux de soins psychiatriques et des centres de lutte contre la toxicomanie situés à l'extérieur de la province, car ces établissements sont exclus de l'entente interprovinciale de facturation réciproque. Les responsables de l'assurance-maladie doivent recevoir une demande d'approbation préalable des services de lutte contre la toxicomanie ou des services de santé mentale du ministère de la Santé et du Mieux-être.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Puisqu'il n'existe aucun ticket modérateur au Nouveau-Brunswick pour les services de santé assurés, comme il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé*, tous les résidants ont un accès égal aux services de santé assurés.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le plan directeur du réseau hospitalier du Nouveau-Brunswick détermine le nombre de lits approuvés par la régie régionale de la santé.

Tous les établissements qui offrent des services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* possèdent l'équipement ou les systèmes médicaux, chirurgicaux, de réadaptation et de diagnostic appropriés correspondant au niveau de soins désigné. Au 31 mars 2004, la province était équipée de neuf tomodensitomètres, un pour chacune des huit RRS et une deuxième unité pour la RRS 2. La province possède également deux appareils d'imagerie par résonance magnétique mobile de même que trois systèmes d'imagerie par résonance magnétique fixes.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Au total, 694 médecins de famille, 802 spécialistes, huit dentistes et six orthodontistes offraient des services assurés au Nouveau-Brunswick pendant l'exercice 2003-2004.

Au cours de l'exercice 2003-2004, le ministère de la Santé et du Mieux-être a continué ses travaux sur la stratégie de recrutement et de maintien en poste qui a pour but d'attirer de nouveaux médecins de famille et des spécialistes nouvellement autorisés. Cette stratégie, annoncée en 1999-2000, comprenait un fonds d'urgence visant à permettre au Ministère de mieux exploiter les possibilités de recrutement, l'affectation de primes d'emplacement de 25 000 $ pour les médecins de famille et de 40 000 $ pour les spécialistes qui souhaitent exercer leur profession dans des régions mal desservies, et l'achat de cinq places supplémentaires à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, lequel a été entrepris en septembre 2002. La stratégie de recrutement et de maintien en poste prévoit aussi l'accroissement de l'engagement du gouvernement à l'égard des études supérieures des médecins de famille, le maintien à 300 semaines du programme de préceptorat d'été en milieu rural des étudiants en médecine, ainsi que le déploiement d'efforts visant à obtenir pour les médecins la parité salariale relative avec les médecins des autres provinces de l'Atlantique.

En février 2004, le ministre de la Santé et du Mieux-être annonçait un projet de pratique coopérative de deux ans visant à améliorer l'accès aux services de soins de santé primaires. Ce projet pilote favorisera l'accès aux soins grâce à l'ajout de services d'infirmières et d'infirmiers et d'infirmières et d'infirmiers praticien(ne)s dans les cabinets de médecins. Au total, cinq cabinets ont été choisis, soit trois à Edmundston, un à Bathurst et un à Moncton. Le projet se poursuivra jusqu'en mars 2006.

5.4 Rémunération des médecins

L'exercice 2003-2004 marquait la deuxième année d'un accord préliminaire pour les médecins rémunérés à l'acte. Cet accord prévoit une augmentation de 15 pour cent sur une période de trois ans (de 2002-2003 à 2004-2005). Des discussions ont été tenues au cours de l'année avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick afin de mettre en œuvre les initiatives visées par l'accord.

Aucun processus de négociation officiel n'est prévu pour les dentistes au Nouveau-Brunswick.

Les règlements 84-20, 93-143 et 96-113 de la *Loi sur le paiement des services médicaux* régissent les paiements aux médecins et aux dentistes.

Au Nouveau-Brunswick, les modes de rémunération des médecins pour la prestation de services de santé assurés sont multiples : rémunération à l'acte, salaire, rémunération de session ou autres modes de rémunération qui peuvent aussi être mixtes.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les autorités législatives qui régissent les paiements aux établissements hospitaliers au Nouveau-Brunswick sont la *Loi hospitalière*, qui régit l'administration des hôpitaux, et la *Loi sur les services hospitaliers*, qui régit leur financement. La *Loi sur les régies régionales de la santé*, qui prévoit la prestation et l'administration des services de santé au sein de régions géographiques bien précises, est entrée en vigueur le 1er avril 2002.

Au cours de l'exercice 2003-2004, aucune modification n'a été apportée au processus de paiement aux hôpitaux. Le ministère de la Santé et du Mieux-être utilise deux éléments pour distribuer les fonds disponibles aux huit RRS du Nouveau-Brunswick.

Le principal élément se fonde sur le « niveau de service actuel » (NSA). Il vise cinq grands services de soins aux patients :

- ☐ les services tertiaires (cardiologie, dialyse, oncologie);
- ☐ les services psychiatriques (unités et établissements psychiatriques);
- ☐ les programmes spécialisés (p. ex. services aux toxicomanes);
- ☐ les services communautaires (programmes extra-muraux, centres de santé);
- ☐ les soins généraux aux malades.

S'ajoutent à ces services des services de soutien qui ne touchent pas les soins aux malades (p. ex. administration générale, buanderie, alimentation, alimentation en énergie).

L'approche axée sur le NSA établit des budgets de base pour les huit RRS pour les programmes et les services susmentionnés. Ces budgets sont assortis de mesures pour les volumes de population et de services. Les budgets de base sont ensuite redressés chaque année afin de tenir compte de l'inflation et d'autres facteurs tels que les salaires de base négociés à l'échelle de la province.

La formule de répartition des fonds fondée sur la population, qui a été améliorée pendant l'exercice 2000-2001, a continué d'être utilisée au cours de 2003-2004. Cette méthode vise à prévoir la répartition appropriée des fonds disponibles pour les RRS selon les caractéristiques démographiques et les parts de marché que représentent les volumes de patients, les cas étant mesurés par pondération du volume des ressources. À l'heure actuelle, cette méthode convient mieux aux volumes de malades hospitalisés en raison de l'absence de méthodes de répartition par groupes et de pondération applicables aux volumes de malades externes, notamment pour les services ambulatoires externes tels que l'oncologie et l'hémodialyse.

Le processus budgétaire actuel peut s'étendre sur plus d'un exercice et comporter plusieurs étapes. Chaque année, au mois de janvier, les RRS doivent fournir au Ministère leurs données touchant l'utilisation ainsi que leurs projections quant aux recettes pour l'exercice suivant; elles fournissent également leurs données touchant l'utilisation réelle et leurs données quant aux recettes pour les neuf premiers mois de l'exercice en cours. Ces renseignements, ainsi que les états

financiers vérifiés des deux années précédentes, permettent d'évaluer les niveaux de financement prévus pour chaque RRS.

Des modifications sont apportées au budget pendant l'année afin de permettre certains réglages des programmes et services pertinents, de façon récurrente ou non. Le processus de règlement de fin d'exercice permet de faire le rapprochement du budget annuel total approuvé pour chaque RRS avec ses états financiers vérifiés, ainsi que celui des revenus et des dépenses prévus au budget avec les recettes et les dépenses réelles.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le Nouveau-Brunswick admet invariablement le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux contributions versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans les documents publics présentés au cours des processus législatifs ou administratifs. En font notamment partie les documents suivants :

- ☐ les documents budgétaires présentés par le ministre des Finances le 30 mars 2004;
- ☐ les comptes publics présentés par le ministre des Finances le 19 décembre 2003;
- ☐ le budget principal des dépenses présenté par le ministre des Finances le 30 mars 2004.

Le Nouveau-Brunswick ne produit pas de documents de promotion sur ses prestations d'assurance-maladie ou d'assurance-hospitalisation.

7.0 Services complémentaires de santé

Le Programme de soins de longue durée du Nouveau-Brunswick, service non assuré, a été transféré au ministère des Services familiaux et communautaires le 1er avril 2000. Les soins en foyer de soins infirmiers, qui constituent aussi des services non assurés, sont donnés dans le cadre du Programme des services de foyers de soins du ministère des Services familiaux et communautaires. D'autres services en établissement et d'autres installations sont offerts aux adultes par diverses agences et sont assurés grâce à d'autres sources de financement au sein de la province.

Services résidentiels et complémentaires

Les foyers de soins sont des organismes privés à but non lucratif, à l'exception d'un seul, qui appartient à la province. Pour y être admis, les clients doivent se soumettre à un processus d'évaluation fondé sur des critères précis touchant leur état de santé.

Les établissements résidentiels pour adultes[1] sont, pour la plupart, des établissements privés à but non lucratif. Le nombre de lits disponibles varie constamment avec l'ouverture et la fermeture des établissements résidentiels par les propriétaires. Les clients y sont admis après avoir subi le même processus d'évaluation que celui prévu pour l'admission aux foyers de soins infirmiers.

Les logements subventionnés sont réservés aux personnes âgées à faible revenu. Les critères d'admission sont exclusivement fondés sur l'âge et sur la situation financière du requérant. Les Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada offrent des services dans certaines unités.

Soins ambulatoires

Au Nouveau-Brunswick, les soins ambulatoires comprennent les soins donnés dans les salles d'urgence des hôpitaux, les soins de jour et de nuit fournis à l'hôpital et ceux offerts dans les cliniques pour autant qu'ils le soient dans les hôpitaux, les centres de santé et les centres de santé communautaires. Selon le régime de

1 Les établissements résidentiels pour adultes comprennent les foyers de soins spéciaux et les foyers communautaires.

services hospitaliers, les soins ambulatoires constituent un service assuré.

Programme extra-mural

Le Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick, également connu sous le nom d'hôpital à la maison, est un programme de traitement actif dans le cadre duquel des soins actifs, des soins palliatifs, des soins de longue durée et des soins de réadaptation sont fournis dans la collectivité (à domicile, dans des foyers de soins ou dans des écoles publiques). Depuis 1996, le Programme est assuré par les huit RRS du Nouveau-Brunswick. Parmi les fournisseurs de soins, mentionnons des infirmières et infirmiers, des travailleuses sociales et travailleurs sociaux, des diététistes, des inhalothérapeutes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et des orthophonistes. Ces services, même s'ils ne sont pas couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, sont considérés comme un service assuré par le régime de services hospitaliers de la province.

Personnes inscrites

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	739 336	738 598	737 299	738 774	738 030

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire

Établissements publics	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	31	31	31	31	31
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	32	32	32	32	32
3. Paiements ($) :					
a. soins de courte durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	722 600 000 [1]	768 400 000 [1]	839 100 000 [1]	893 400 000 [1]	961 200 000 [1]

Établissements privés à but lucratif	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
6. Paiements totaux destinés aux ($) :					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	629	645	689	675	694
b. spécialistes	721	710	799	731	802
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total	1 350	1 355	1 488	1 406	1 496
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	3 721 782	3 668 781	3 611 747	3 731 076	3 580 740
b. spécialistes	2 612 744	2 590 346	2 552 018	2 669 294	2 678 372
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total	6 334 526	6 259 127	6 163 765	6 400 370	6 259 112
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte ($) :					
a. omnipraticiens	77 958 130	78 139 070	85 584 720	100 812 443	100 358 397
b. spécialistes	111 554 173	111 224 207	120 128 708	137 047 629	140 873 627
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total	189 512 303	189 363 277	205 713 428	237 860 072	241 232 024
12. Paiement moyen par frais de service ($) :					
a. omnipraticiens	20,95	21,30	23,70	27,02	28,03
b. spécialistes	42,70	42,94	47,07	51,34	52,60
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. tous les services	29,92	30,25	33,37	37,16	38,54
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) :					
a. médicaux	739 911	728 947	705 799	749 181	699 298
b. chirurgicaux	852 725	839 980	826 342	887 993	913 827
services de radiologie – automatiquement (FDS)			23 289	186 140	177 185
c. diagnostics	1 020 108	1 021 419	1 019 877 [3]	1 032 120 [3]	1 065 247 [3]
d. autres	3 721 782	3 668 781	3 611 747 [4]	3 731 076 [4]	3 580 740 [4]
e. total	6 334 526	6 259 127	6 163 765	6 400 370	6 259 112
14. Paiements totals effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement ($)					
a. médicaux	41 795 791	41 068 744	43 830 630	50 457 210	51 311 084
b. chirurgicaux	48 732 272	47 840 045	52 103 502	60 579 805	61 017 689
services de radiologie – automatiquement (FDS)			516 903	3 928 001	4 011 187
c. diagnostics	21 026 109	22 315 418	24 194 576 [3]	26 010 614 [3]	28 544 854 [3]
d. autres	77 958 130	78 139 070	85 584 720 [4]	100 812 443 [4]	100 358 397 [4]
e. total	189 512 302	189 363 277	205 713 428	237 860 072	241 232 024
15. Paiement moyen par service: toutes les méthodes de paiement ($)					
a. médicaux	56,49	56,34	62,10	67,35	73,38
b. chirurgicaux	57,15	56,95	63,05	68,22	66,77
c. diagnostics	20,61	21,85	22,20	21,10	22,64
d. autres	20,95	21,30	23,70 [4]	27,02 [4]	28,03 [4]
e. tous les services	29,92	30,25	33,37	37,16	38,54

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	3 900 pts / 25 655 jours	4 130 pts / 26 572 jours	3 796 pts / 23 342 jours	4 168 pts / 23 949 jours	3 338 pts / 27 933 jours
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	32 796	35 834	36 687	40 145	38 096
18. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	22 473 974	21 561 907	19 110 500	23 477 103	26 085 533
19. Paiements totaux, consultations externes ($)	4 235 429	4 702 219	5 261 500	5 387 946	5 200 814
20. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	876.01	811.45	818.72	980.30	933.86
21. Paiement moyen, consultations externes ($)	129.14	131.22	143.42	134.21	136.52
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
22. Quantité de services (#)	137 950	141 014	161 415	178 569	200 706
23. Paiements totaux ($)	6 050 729	6 280 048	7 721 995	9 303 055	9 911 068
24. Paiement moyen par service ($)	40.50	43.86	47.84	52.10	49.38

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	212 pts / 1 691 jours	166 pts / 1 096 jours	148 pts / 1 447 jours	180 pts / 843 jours	166 pts / 1 367 jours
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	524	639	1 003	1 000	1 013
27. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	487 760	458 759	440 088	420 659	487 893
28. Paiements totaux, consultations externes ($)	105 783	180 712	133 360	244 217	252 624
29. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	288.44	418.58	304.14	290.71	356.91
30. Paiement moyen, consultations externes ($)	201.88	282.80	132.96	244.22	249.38
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
31. Quantité de services (#)	4 554	4 202	4 360	5 018	5 419
32. Paiements totaux ($)	356 128	362 994	482 915	395 061	422 544
33. Paiement moyen par service ($)	58.17	78.20	110.76	78.73	77.97

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
34. Nombre de dentistes participants (#)	12	16	12	16	14
35. Nombre de services fournis (#)	751	1 004	1 010	1 283	1 232
36. Paiements totaux ($)	136 491	189 777	186 944	208 946	188 634
37. Paiement moyen par service ($)	181.75	189.02	185.09	162.86	153.11

Notes

1. Dépenses brutes des établissements hospitaliers figurant dans les rapports annuels du Nouveau-Brunswick.
2. Rémunération à l'acte seulement.
3. Radiologie, selon les paiements prévus au Manuel.
4. Comprend les omnipraticiens.

Québec

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance hospitalisation du Québec est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le régime d'assurance maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance maladie du Québec, organisme public établi par le gouvernement provincial et qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux.

1.2 Liens hiérarchiques

La *Loi sur l'administration publique* (L.R.Q., C.A-6.01) énonce les critères gouvernementaux pour la préparation de rapport sur la planification et la performance des autorités publiques, y compris le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Régie de l'assurance maladie du Québec.

1.3 Vérification des comptes

Les deux régimes (le régime d'assurance hospitalisation du Québec, et le régime d'assurance maladie du Québec) sont gérés sans but lucratif, et tous les livres et comptes sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; les soins infirmiers nécessaires; les fournitures chirurgicales courantes; les services de diagnostic; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les médicaments; les prothèses et les orthèses pouvant être intégrées à l'organisme humain; les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des installations de radiothérapie, de radiologie et de physiothérapie; les services fournis par le personnel du centre hospitalier.

Les services de consultation externe comprennent : les services cliniques de soins psychiatriques; les soins en électrochocs, l'insulinothérapie et la thérapie du comportement; les soins d'urgence; les soins en chirurgie de moindre importance (chirurgie d'un jour); la radiothérapie; les services de diagnostic; la physiothérapie; l'ergothérapie; les services d'inhalothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique; d'autres services ou examens exigés par une loi du Québec.

D'autres services sont assurés : les services à des fins de contraception mécanique, hormonale ou chimique; les services de stérilisation chirurgicale, dont la ligature des trompes et la vasectomie; la réanastomose des trompes ou des canaux; l'ablation de dent ou de racine lorsque l'état de santé du bénéficiaire nécessite des services hospitaliers.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre gratuitement un programme de transport par ambulance pour les personnes âgées de 65 ans ou plus.

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également, avec des restrictions pour certains habitants du Québec au sens de la Loi sur l'assurance maladie et les prestataires de l'assistance-emploi, les services optométriques;

les services dentaires pour les enfants et les prestataires de l'assistance-emploi, et les prothèses dentaires acryliques pour les prestataires de l'assistance-emploi; les prothèses, les appareils orthopédiques, les aides à la locomotion et à la posture, et les autres équipements qui suppléent à une déficience physique; les prothèses mammaires externes; les prothèses oculaires; les aides auditives, les aides de suppléance à l'audition et les aides visuelles pour les personnes ayant un handicap auditif ou visuel; les appareils fournis aux stomisés permanents.

Par ailleurs, en matière d'assurance médicaments, depuis le 1er janvier 1997, la Régie couvre, outre sa clientèle habituelle (prestataires de l'assistance-emploi et personnes âgées de 65 ans ou plus), les personnes qui autrement n'auraient pas accès à un régime privé d'assurance-médicaments. Le régime d'assurance médicaments couvre 3,2 millions de personnes assurées.

2.2 Services médicaux assurés

Les services assurés par ce régime comprennent les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins et qui sont requis au point de vue médical.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services assurés par ce régime comprennent les services de chirurgie buccale rendus dans un centre hospitalier ou un établissement universitaire déterminé par règlement, par les chirurgiens-dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services hospitaliers non assurés comprennent : la chirurgie plastique; la fécondation in vitro; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision; le téléphone; les médicaments et les produits biologiques prescrits après le congé du patient; les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ou d'autres lois fédérales ou provinciales.

Les services suivants ne sont pas considérés comme assurés :

- ☐ tout examen ou service non relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie;
- ☐ la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que ce type de service ne soit rendu dans un établissement autorisé à cette fin par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- ☐ tout service dispensé à des fins purement esthétiques;
- ☐ toute chirurgie réfractive, sauf dans les cas où il y a eu échec documenté au port de verres correcteurs ou de lentilles cornéennes pour de l'astigmatisme de plus de 3,00 dioptries ou de l'anisométropie de plus de 5,00 dioptries, mesurées au plan cornéen;
- ☐ toute consultation par voie de télécommunication ou par correspondance;
- ☐ tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants;
- ☐ tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou toute autre formalité lorsqu'ils sont requis aux fins de la justice ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans certains cas;
- ☐ toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance;
- ☐ tout examen, tout vaccin, toute immunisation et toute injection lorsque le service est rendu à un groupe ou fourni à certaines fins;
- ☐ tout service rendu par un professionnel sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur, une association ou un organisme;
- ☐ tout ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes;
- ☐ toute ablation chirurgicale d'une dent ou d'un fragment dentaire faite par un médecin, à moins qu'un tel service ne soit rendu dans un centre hospitalier dans certains cas;

- ☐ tous les actes d'acupuncture;
- ☐ l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion;
- ☐ la thermographie, la mammographie utilisée à des fins de dépistage, à moins que ce service ne soit rendu sur ordonnance médicale dans un lieu désigné par le Ministre dans l'un ou l'autre des cas, soit à une bénéficiaire âgée de 35 ans ou plus et à la condition qu'un tel examen n'ait pas été subi par cette personne depuis un an;
- ☐ la tomodensitométrie, l'imagerie par résonance magnétique et l'usage des radionucléides in vivo chez l'humain, à moins que ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier;
- ☐ l'ultrasonographie, à moins que ce service ne soit rendu, soit dans un centre hospitalier ou encore, à des fins obstétricales, dans un centre local de services communautaires reconnu à cet effet;
- ☐ tout service de radiologie ou d'anesthésie rendu par un médecin, s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré, à l'exception d'un service dentaire rendu dans un centre hospitalier, ou dans le cas d'un service de radiologie, s'il est requis par une personne autre qu'un médecin ou un dentiste;
- ☐ tout service de chirurgie transsexuelle, à moins qu'il ne soit rendu sur recommandation d'un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier reconnu à cet effet;
- ☐ tout service qui n'est pas associé à une pathologie et qui est rendu par un médecin à un bénéficiaire ayant entre 18 et 65 ans, à moins que ce bénéficiaire ne détienne un carnet de réclamation, pour un problème de daltonisme ou de réfraction, dans le but d'obtenir ou de renouveler une ordonnance pour des lunettes ou des lentilles cornéennes.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

L'inscription à l'assurance hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance maladie ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité. Toute personne qui réside ou qui séjourne au Québec doit être inscrite à la Régie de l'assurance maladie pour être admissible au régime d'assurance maladie.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

L'inscription à l'assurance hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance maladie ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité.

3.3 Autres catégories de personnes

Les services reçus par les membres réguliers des Forces canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas assurés par le régime. Aucune prime n'est perçue.

Certaines catégories de résidants, notamment les résidants permanents au sens de la *Loi sur l'immigration* et ceux qui s'établissent à nouveau au Canada deviennent admissibles au régime après un délai d'attente pouvant aller jusqu'à trois mois. Les personnes qui reçoivent des prestations d'aide financière de derniers recours deviennent admissibles dès leur inscription. Les membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada qui n'ont pas acquis la qualité d'habitants du Québec et les détenus des pénitenciers fédéraux, deviennent bénéficiaires dès le premier jour de leur élargissement ou de leur libération. Une couverture immédiate est fournie à certains travailleurs saisonniers, aux Canadiens rapatriés, aux ressortissants étrangers qui séjournent au Québec en vertu d'un programme officiel de bourses d'études ou de stages dans le cadre d'un programme officiel du ministère de l'Éducation, ainsi qu'aux réfugiés. Les ressortissants étrangers qui détiennent un permis de travail et qui séjournent au Québec pour y occuper une charge ou un emploi pour une période de plus de six mois deviennent admissibles au régime après un délai d'attente.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province canadienne devient bénéficiaire du régime d'assurance maladie du Québec lorsqu'elle cesse d'avoir droit aux bénéfices de la province d'origine, pour autant qu'elle s'inscrive à la Régie.

4.2 Couverture durant des absences temporaires (au Canada)

Lorsqu'ils séjournent 183 jours ou plus à l'extérieur du Québec dans une province ou un territoire, les étudiants et les stagiaires à temps complet et sans rémunération peuvent conserver leur statut de résidant du Québec dans le premier cas pendant au plus quatre années civiles consécutives et dans le deuxième cas, pendant au plus deux années civiles consécutives.

Il en est de même pour les personnes qui séjournent dans une autre province ou un territoire pour y occuper un emploi temporaire ou exécuter un contrat. Leur statut de résidant peut être conservé pendant au plus deux années civiles consécutives.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Québec dans une autre province ou un territoire pour le compte d'une société ou d'une corporation ayant son siège social ou une place d'affaires au Québec dont elles relèvent directement ou qui sont à l'emploi du gouvernement fédéral et en service hors du Québec maintiennent également leur statut d'habitant de la province pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une habitation.

Maintiennent également leur statut d'habitant de la province les personnes qui séjournent à l'extérieur 183 jours ou plus sans excéder 12 mois au cours d'une même année civile, à condition que cette absence n'ait lieu qu'une fois tous les sept ans et pourvu qu'elles en avisent la Régie.

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Cependant, le Québec a négocié une entente permanente avec l'Ontario de façon à ce que les médecins d'Ottawa soient rémunérés selon le barème ontarien lorsqu'ils dispensent des soins en cas d'urgence et lorsque les services spécialisés fournis ne sont pas offerts dans la région de l'Outaouais. Cette entente est entrée en vigueur le 1er novembre 1989. Une entente semblable a été signée en décembre 1991 entre le Centre de santé Témiscaming et North Bay.

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou un territoire sont remboursés selon les termes de l'accord interprovincial de facturation réciproque en matière d'assurance hospitalisation, convenu entre les provinces et territoires du Canada. Ces coûts sont remboursés soit au taux établi pour l'hospitalisation en salle et approuvé par la province ou territoire d'accueil, ou au tarif interprovincial approuvé s'il s'agit de services de consultation externe ou d'intervention coûteux. Toutefois, depuis le 1er novembre 1995, lorsqu'un habitant de l'Outaouais est hospitalisé dans un centre hospitalier d'Ottawa pour des soins non urgents ou des services disponibles dans l'Outaouais, le gouvernement du Québec rembourse un montant maximal de 450 $ par jour d'hospitalisation.

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province ou territoire du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois après son départ.

4.3 Couverture durant des absences temporaires (hors du Canada)

Les étudiants, les stagiaires non rémunérés, les fonctionnaires québécois en poste à l'étranger et les employés d'un organisme sans but lucratif œuvrant dans le cadre d'un programme d'aide ou de coopération internationale reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux

doivent communiquer avec la Régie pour déterminer leur admissibilité. Si la Régie leur reconnaît un statut particulier, ils sont remboursés en totalité pour les frais hospitaliers en cas d'urgence ou de maladie subite et à 75 pourcent dans les autres cas.

Les personnes qui occupent un emploi ou exécutent un contrat hors du Canada, pour le compte d'une société ou d'une corporation ayant sans siège social ou une place d'affaires au Québec dont elles relèvent directement, ou qui sont à l'emploi du gouvernement fédéral et en service hors du Québec maintenant également leur statut d'habitant de la province pourvu que leur famille demeure au Québec ou qu'elles y conservent une habitation.

Depuis le 1er septembre 1996, les services hospitaliers dispensés à l'extérieur du Canada en situation d'urgence ou de maladie subite sont remboursés par la Régie, généralement en dollars canadiens, jusqu'à concurrence de 100 $CA par jour s'il y a eu hospitalisation, y compris dans le cas d'une chirurgie d'un jour, ou de 50 $CA par jour pour les soins dispensés sur une base externe.

Toutefois, les traitements d'hémodialyse sont payés jusqu'à concurrence de 220 $CA par traitement. Dans ces cas, la Régie rembourse les services professionnels associés. Les services doivent être dispensés dans un hôpital ou un centre hospitalier reconnu et agréé par les autorités compétentes. Aucun remboursement n'est effectué pour des maisons de repos, des stations thermales ou d'autres endroits analogues.

Les services assurés rendus par les médecins, les dentistes, les chirurgiens buccodentaires et les optométristes sont remboursés au tarif qui aurait été payé par la Régie à un professionnel de la santé reconnu du Québec, jusqu'à concurrence des frais réellement assumés. Tous les services assurés dans la province sont remboursés au tarif du Québec, habituellement en dollars canadiens, lorsqu'ils sont dispensés à l'étranger.

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir en permanence dans un autre pays, cesse dès le jour de son départ, d'être bénéficiaire.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Les personnes assurées qui doivent recevoir à l'étranger des services médicaux en milieu hospitalier qui ne sont pas offerts au Québec ou au Canada sont remboursés à 100 pourcent avec autorisation préalable pour les services médicaux et hospitaliers répondant à certaines conditions. Les responsables du régime n'accordent pas leur consentement si le service médical en question est offert au Québec ou au Canada.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Toute personne a le droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte. Les médecins québécois ne pratiquent pas la surfacturation.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Au 31 mars 2004, le Québec comptait 125 établissements ayant une mission de centre hospitalier pour une clientèle souffrant de maladie aiguë. À la même date, on comptait 21 667 lits de soins physiques et psychiatriques de courte durée, au permis de ces établissements. Par ailleurs, dans les établissements hospitaliers du Québec, il y eu entre le 1er avril 2002 et le 31 mars 2003 près de 685 600 admissions pour des séjours de courte durée et près de 287 100 inscriptions en chirurgie d'un jour. Ces hospitalisations et inscriptions ont représenté plus de 5 000 000 jours d'hospitalisation.

Restructuration du réseau de la santé : En novembre 2003, le Québec annonçait la mise en place des réseaux locaux de services (RLS)

couvrant l'ensemble du territoire du Québec. Au coeur de chacun des réseaux locaux se trouve une nouvelle instance locale, le « Centre de santé et de services sociaux », résultant de la fusion des établissements publics qui avaient pour mission les services de CLSC, l'hébergement et les soins de longue durée (i.e. les CHSLD) et, dans la plupart des cas, les services hospitaliers de proximité. Les « Centres de santé et de services sociaux » doivent aussi offrir à la population de leur territoire l'accès aux autres services médicaux, aux services hospitaliers généraux et spécialisés, de même qu'aux services sociaux. Pour ce faire, ils devront conclure des ententes de services avec d'autres organisations du secteur de la santé. Le maillage des services au sein d'un territoire constitue le réseau local de services. Ainsi, les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux intégrés visent à amener tous les intervenants d'un même territoire à se porter collectivement responsables de la santé et du bien-être de la population de leur territoire.

Gestion des listes d'attente : En octobre 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux a commencé la publication des listes d'attente pour chaque hôpital sur son site Web et fournit maintenant aux médecins et aux établissements un système informatisé de gestion de l'accès aux services (SGAS). Cet outil est basé sur la notion de « délais d'accès cliniquement acceptables » tels que définis par des comités de médecins experts dans certaines disciplines. Ces guides de pratique appliqués uniformément sur l'ensemble du territoire québécois feront en sorte que, quel que soit leur lieu d'origine, tous les patients seront traités selon les mêmes critères. Une fois déployé, ce système alimentera le nouveau site des listes d'attente et permettra aux patients et professionnels concernés d'obtenir des données pertinentes, fiables et à jour sur les activités des centres hospitaliers et sur les délais d'accès aux différents services.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Soins primaires : En 2003-2004, des Groupes de médecine de famille (GMF) sont établis et travaillent en étroite collaboration avec les CLSC et les autres ressources du réseau pour offrir des services allant de l'évaluation de l'état de santé à la prise en charge et au suivi, au diagnostic et au traitement des problèmes aigus et chroniques et à la prévention des maladies. Leurs services sont accessibles 24 heures par jour, sept jours par semaine.

5.4 Rémunération des médecins

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Les médecins désengagés sont rémunérés directement par le patient selon le barème des honoraires après que celui-ci a été payé par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé.

La rémunération raisonnable pour tous les services de santé assurés dispensés par les professionnels de la santé est établie par la loi. Le Ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de rémunération différent pour la fourniture des services médicaux dans un territoire ou les effectifs de la santé sont considérés comme insuffisants. Le Ministre peut aussi prévoir un taux de rémunération différent pour les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes durant les premières années d'exercice selon le territoire ou l'activité en cause. Ces dispositions font suite à la consultation menée auprès des organismes représentatifs des groupes professionnels.

La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial, mais le Québec permet deux autres options : celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu par l'entente provinciale, et celle des

professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie.

En 2003-2004, la Régie a versé un montant évalué à 3 064,2 millions de dollars aux médecins de la province, alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 10,0 millions de dollars.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le financement d'un centre hospitalier par le ministre de la Santé et des Services sociaux s'effectue par l'entremise de paiements en rapport avec le coût des services assurés fournis.

Les paiements versés en 2002-2003 aux établissements ayant mission de centre hospitalier pour les services de santé assurés fournis aux habitants du Québec se sont élevés à plus de 6,4 milliards de dollars, et les paiements versés aux centres hospitaliers de l'extérieur se sont élevés à environ 82,8 millions de dollars.

7.0 Services complémentaires de santé

Des soins intermédiaires, des soins aux adultes en établissement et des soins à domicile sont offerts. Les admissions sont coordonnées à l'échelle régionale et sont fondées sur un outil d'évaluation unique. Les CLSC reçoivent les candidats, évaluent leurs besoins en matière de santé et prennent des dispositions en vue de la prestation de services, comme les programmes de centre de jour ou les soins à domicile, ou orientent ces personnes vers les organismes appropriés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre certains services de soins à domicile qui comprennent les services de soins infirmiers et d'aide, les services d'aides familiales et la surveillance médicale.

Les résidences, de même que les unités de soins prolongés des hôpitaux de soins de courte durée, mettent l'accent sur le maintien de l'autonomie et des capacités fonctionnelles de leurs clients en leur fournissant toute une gamme de programmes et de services, y compris des soins de santé.

Ontario

Introduction

L'Ontario est doté d'un des systèmes de santé financés par l'État les plus complexes du monde. Administré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO), le poste des dépenses du système de soins de santé de l'Ontario a été de 29 milliards de dollars en 2003-2004. Le MSSLDO a pour responsabilité de fournir des services au public ontarien grâce notamment aux programmes suivants :

- le régime d'assurance-santé;
- le régime d'assurance-médicaments;
- des appareils et des accessoires fonctionnels;
- des soins aux personnes souffrant de troubles psychiques;
- des soins à domicile;
- des services de soutien communautaire;
- des services de santé publique;
- des services de promotion de la santé et de prévention des maladies.

En outre, le MSSLDO réglemente et finance les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée (les établissements de soins infirmiers et pour personnes âgées), gère les hôpitaux psychiatriques et les laboratoires médicaux et subventionne et réglemente ou gère directement les services de santé d'urgence.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et pouvoirs publics

Sans but lucratif, le régime d'assurance-santé de l'Ontario (OHIP) est administré par le MSSLDO.

Il a été établi en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, lois refondues de l'Ontario, 1990, c. H-6, pour offrir une assurance à l'égard des coûts des services assurés offerts dans les hôpitaux et les établissements de santé et par les médecins et les autres professionnels de la santé.

La *Loi sur l'assurance-santé* n'a pas été modifiée en 2003-2004.

1.2 Liens hiérarchiques

Le régime d'assurance-santé de l'Ontario est administré par le MSSLDO.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur de la province procède à une vérification annuelle du MSSLDO. Le rapport annuel du vérificateur provincial de 2004 a été publié le 30 novembre 2004.

Les comptes et les transactions du MSSLDO sont publiés annuellement dans les Comptes publics de l'Ontario. Les Comptes publics de l'Ontario de 2003-2004 ont été diffusés le 27 septembre 2004.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

La *Loi sur l'assurance-santé* et son Règlement 552 régissent les services assurés aux malades hospitalisés et les services assurés aux malades externes en Ontario.

Sont fournis aux malades hospitalisés les services assurés et médicalement requis suivants :

- ☐ l'utilisation des salles d'opération, des salles d'accouchement et des services d'anesthésie;
- ☐ les services infirmiers nécessaires;
- ☐ les procédés de laboratoire, de radiologie et les autres procédés de diagnostic;
- ☐ les médicaments, les préparations biologiques et les préparations connexes;
- ☐ l'hébergement en salle commune et les repas.

Sont fournis aux malades externes les services assurés et médicalement requis suivants :

- ☐ les procédés de laboratoire, de radiologie et les autres procédures de diagnostic;
- ☐ l'utilisation des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie, là où elles sont disponibles;
- ☐ l'utilisation des services de conseils diététiques;
- ☐ l'utilisation de la salle d'opération, des services d'anesthésie, des fournitures chirurgicales, des services infirmiers nécessaires et la fourniture de médicaments, de produits biologiques et de préparations connexes (sous réserve de certaines exceptions);
- ☐ l'équipement, les fournitures et la médication fournis aux patients hémophiles pour usage à la maison;
- ☐ la cyclosporine fournie aux patients greffés;
- ☐ la zidovudine, la didanosine, la zalcitabine et la pentamidine fournies aux patients infectés par le VIH;
- ☐ les hormones de croissance humaines biosynthétiques fournies aux patients souffrant de déficience en hormones de croissance endogènes;
- ☐ les médicaments destinés au traitement de la fibrose kystique et de la thalassémie;
- ☐ l'érythropoïétine fournie aux patients souffrant d'anémie à la phase terminale d'une maladie rénale;
- ☐ l'alglucérase administrée aux patients souffrant de la maladie de Gaucher;
- ☐ la clozapine fournie aux patients souffrant d'une forme de schizophrénie résistante au traitement;
- ☐ l'administration d'un vaccin antirabique.

En 2003-2004, il y avait 152 hôpitaux publics (excluant les hôpitaux spécialisés, les hôpitaux privés, les hôpitaux psychiatriques provinciaux, les hôpitaux fédéraux et les établissements de soins de longue durée) dotés de personnel et en exploitation en Ontario dont 135 hôpitaux de soins actifs, 13 hôpitaux pour malades chroniques et quatre unités de réadaptation générale et spécialisée.

Ces établissements sont catégorisés par activité principale, même s'ils offrent divers services hospitaliers. Par exemple, bon nombre d'hôpitaux de soins actifs offrent des services de soins pour malades chroniques, tout comme bon nombre d'établissements pour malades chroniques offrent aussi des services de réadaptation.

Lorsque des services médicaux assurés sont fournis dans des installations agréées autres que les hôpitaux et lorsque le coût total de ces services assurés n'est pas compris dans les honoraires médicaux payés en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, le MSSLDO finance les frais d'établissement en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. Les frais d'établissement comprennent le coût des installations, de l'équipement, des fournitures et du personnel utilisés pour offrir un service assuré. En vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, il est interdit de facturer les frais d'établissement aux patients.

Seuls les établissements agréés en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes* peuvent facturer les frais d'établissement au gouvernement. Ces établissements agréés comprennent notamment des établissements de traitement et de chirurgie (où on pratique des avortements, des chirurgies de la cataracte, des dialyses, des chirurgies esthétiques, etc.) et des établissements de diagnostic (où l'on offre des services de radiographie, d'ultrasons, de médecine nucléaire, des études du sommeil et des études sur la fonction respiratoire). Les nouveaux établissements sont habituellement fondés à la suite d'un processus de demandes de propositions fondé sur une évaluation du besoin à l'égard du service en question.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assurance-santé* et ses règlements d'application régissent les services médicaux assurés.

En vertu de l'alinéa 37.1(1) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, en Ontario, un service dont la prestation est assurée par un médecin constitue un service assuré s'il est médicalement nécessaire, s'il figure dans le barème des prestations et s'il est fourni dans les circonstances ou conditions spécifiées dans le barème des prestations. Les médecins assurent la prestation des services de santé primaires ainsi que des services médicaux, chirurgicaux et de diagnostic. Les services sont offerts dans une variété de cadres, y compris les cabinets privés, les organismes de services de santé, les centres de santé communautaire, les hôpitaux, les établissements psychiatriques, les établissements de santé autonomes, les cliniques sans rendez-vous et les établissements de soins de longue durée.

En termes généraux, les services médicaux assurés comprennent les services suivants :

- ☐ le diagnostic et le traitement des déficiences et des conditions médicales;
- ☐ les examens et les tests médicaux;
- ☐ les procédés chirurgicaux;
- ☐ les services de maternité;
- ☐ l'anesthésie;
- ☐ la radiologie et les services de laboratoire offerts dans des établissements approuvés;
- ☐ les vaccinations, les injections et les tests.

Le barème des prestations fait régulièrement l'objet d'un examen et d'une révision afin de tenir compte de la pratique actuelle de la médecine et de la nouvelle technologie. De nouveaux services peuvent être ajoutés, les services actuels peuvent être révisés ou les services désuets peuvent être éliminés par le truchement d'une modification réglementaire. Ce processus prévoit la consultation de l'Association médicale de l'Ontario.

Au cours de l'exercice 2003-2004, les médecins pouvaient présenter directement au régime d'assurance-santé de l'Ontario des réclamations pour tous les services assurés fournis à des personnes assurées conformément à l'article 15 de la *Loi sur l'assurance-santé* ou facturer la personne assurée aux termes de l'article 15 de la loi (voir également la Partie II de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*). Les médecins qui ne facturent pas directement le régime d'assurance-santé de l'Ontario sont généralement désignés comme « s'étant retirés du régime ». Lorsqu'un médecin se retire du régime, il facture le patient (pas plus que le montant payable pour le service selon le barème des prestations), après quoi le patient peut se faire rembourser par le régime d'assurance-santé de l'Ontario. Toutefois, depuis la promulgation de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* le 23 septembre 2004, le retrait du régime n'est généralement plus autorisé. Les médecins qui ne facturaient pas directement le régime d'assurance-santé de l'Ontario avant le 13 mai 2004 peuvent continuer à le faire s'ils informent le Ministère de leur intention avant le 23 décembre 2004.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario est l'organisme qui autorise les médecins à pratiquer la médecine en Ontario.

Environ 21 000 médecins inscrits ont soumis des réclamations au régime d'assurance-santé de l'Ontario en 2003-2004.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services de chirurgie dentaire assurés qui, par nécessité médicale, doivent être fournis à l'hôpital et qui sont prescrits par l'article 16 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario, comportent les services suivants, assurés en milieu hospitalier :

- ☐ le traitement des blessures traumatiques;
- ☐ les incisions chirurgicales;
- ☐ l'excision des tumeurs et des kystes;
- ☐ le traitement des fractures;
- ☐ les allogreffes;
- ☐ les implants;

- ☐ les chirurgies esthétiques reconstructrices;
- ☐ toutes les autres pratiques dentaires spécifiées.

En 2003-2004, le nombre de dentistes et de chirurgiens stomatologistes ayant fourni des services assurés s'établissait à environ 320.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services prévus et fournis conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et ses règlements sont assurés. L'article 24 du Règlement 552 précise les services qui sont expressément désignés comme non assurés. Les services hospitaliers non assurés comprennent :

- ☐ les frais supplémentaires des installations préférées sauf si elles sont prescrites par un médecin, un chirurgien stomatologiste ou qui pratique des interventions maxillo-faciales ou une sage-femme;
- ☐ le téléphone et la télévision;
- ☐ les frais associés aux services d'une infirmière particulière;
- ☐ les chirurgies esthétiques, la plupart du temps;
- ☐ la fourniture de médicaments à emporter à la maison, avec certaines exceptions;
- ☐ les visites à l'hôpital à l'intérieur de la province à seule fin d'administrer des médicaments, sous réserve de certaines exceptions.

Les services médicaux non assurés comprennent :

- ☐ les services non médicalement nécessaires;
- ☐ les frais d'appels interurbains;
- ☐ la préparation ou la fourniture d'un médicament, d'un antigène, d'un antisérum ou d'une autre substance, à moins que ce soit pour faciliter une procédure;
- ☐ les conseils donnés par téléphone à la demande d'une personne assurée ou à une personne qui la représente;
- ☐ les entrevues ou les conférences au sujet d'un cas, dans certaines circonstances;
- ☐ l'établissement et la transmission des dossiers à la demande de la personne assurée;
- ☐ un service reçu totalement ou en partie en vue d'établir ou d'achever un document ou de communiquer des renseignements à un tiers dans des circonstances spécifiées;
- ☐ l'établissement ou l'achèvement d'un document ou la communication de renseignements à toute personne autre que la personne assurée, dans des circonstances spécifiées;
- ☐ la fourniture d'une ordonnance sans qu'un service concomitant ne soit rendu;
- ☐ la chirurgie esthétique;
- ☐ les pratiques d'acuponcture;
- ☐ les tests psychologiques;
- ☐ les programmes de recherche et d'enquête.

Depuis le 23 septembre 2004, la partie II de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé* interdit aux médecins de facturer les patients ou d'accepter des patients des paiements supérieurs au montant exigible du régime d'assurance-santé de l'Ontario pour le service assuré. La loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé interdit également de payer ou d'accepter un paiement pour obtenir un accès privilégié à un service assuré. Avant l'adoption de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*, la *Loi sur l'assurance-santé* et la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé* interdisaient aux médecins de facturer un patient ou d'accepter de ce dernier un montant supérieur à celui exigible du régime d'assurance-santé de l'Ontario pour le service assuré.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

Sauf quelques exceptions à l'égard desquelles la période d'attente est annulée, aux termes du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, les résidents de l'Ontario sont admissibles à la protection en matière de santé sous réserve d'une période d'attente de trois mois.

Pour être considérée comme une résidente de l'Ontario aux fins d'obtenir la protection de l'Ontario en matière de santé, une personne doit :

- ☐ être citoyenne canadienne ou avoir le statut d'immigrant que prévoit le Règlement 552;
- ☐ établir sa résidence permanente principale en Ontario;
- ☐ être physiquement présente en Ontario pendant au moins 153 jours par période de douze mois;
- ☐ être physiquement présente en Ontario pendant 153 des 183 premiers jours suivant la date à laquelle la personne élit domicile en Ontario (au cours des six premiers mois de résidence, une personne ne peut séjourner à l'extérieur de la province pendant plus de 30 jours).

Sauf quelques exceptions établies dans le Règlement 552, la plupart des nouveaux résidents et des résidents de retour sont assujettis à une période d'attente de trois mois. Le MSSLDO détermine si une personne est soumise ou non à une période d'attente de trois mois lorsqu'elle présente sa demande de protection en matière de santé. Les personnes exemptées de la période d'attente de trois mois, notamment les réfugiés au sens de la Convention et les personnes protégées, les nouveau-nés ayant vu le jour en Ontario et les résidents assurés par une province ou un territoire autre qui déménagent en Ontario et qui, immédiatement, deviennent des résidents dans des foyers de bienfaisance, des foyers pour personnes âgées ou des maisons de soins infirmiers en Ontario.

Ne sont pas admissibles au régime d'assurance-santé de l'Ontario les personnes qui sont titulaires d'un statut d'immigrant non prescrit par le Règlement 552, comme les demandeurs du statut de réfugié (qui ne sont pas des réfugiés au sens de la Convention) et les visiteurs dans la province. D'autres catégories de personnes comme les détenus des pénitenciers fédéraux et le personnel des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale canadienne ne bénéficient pas non plus de l'assurance-santé de l'Ontario si elles sont protégées en matière de santé en vertu d'un régime de soins de santé fédéral.

Les personnes qui ne sont pas admissibles à l'assurance-santé de l'Ontario, mais dont le statut a changé (p. ex. changement du statut d'immigrant ou libération d'un pénitencier fédéral) peuvent, après avoir présenté une demande, être admissibles, sous réserve de satisfaire aux exigences du Règlement 552.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Chaque résident de l'Ontario qui souhaite obtenir la protection de l'Ontario en matière de santé doit s'inscrire auprès du MSSLDO.

Conformément aux articles 2 et 3 du Règlement 552, une carte santé est émise aux résidents admissibles qui envoient une demande au directeur général du régime d'assurance-santé de l'Ontario. Les personnes admissibles doivent demander de bénéficier du régime d'assurance-santé dès qu'elles établissent leur résidence permanente et principale dans la province. Ces personnes doivent remplir et signer un formulaire de demande d'inscription au régime d'assurance-santé de l'Ontario et fournir au Ministère les documents originaux attestant leur citoyenneté canadienne ou leur statut d'immigrant admissible, leur résidence en Ontario et leur identité. Les demandeurs âgés de plus de 15 ans et demi doivent également permettre la saisie de leur photographie et de leur signature qui seront apposées sur leur carte santé.

Chaque carte santé avec photo est munie d'une date d'expiration et de renouvellement inscrite dans le coin inférieur droit. Le MSSLDO poste les avis de renouvellement à l'intention des personnes inscrites environ six semaines avant la date de renouvellement de la carte.

Le MSSLDO est le seul payeur des services de santé assurés. Un résident de l'Ontario admissible ne peut s'inscrire ni obtenir de prestations auprès d'un autre régime d'assurance pour des services assurés par le régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Au 31 mars 2004, environ 12,2 millions de résidents de l'Ontario étaient inscrits au régime d'assurance-santé de l'Ontario.

3.3 Résidents de l'Ontario admissibles

Le MSSLDO offre une protection en matière de santé à d'autres résidents de l'Ontario qui ne sont pas citoyens canadiens ni résidents permanents ou immigrants reçus. Ces résidents doivent fournir des documents acceptables à l'appui de leur statut d'immigrant admissible, du fait qu'ils résident en Ontario et de leur identité tout comme les demandeurs qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents ou immigrants reçus.

Les personnes suivantes qui résident habituellement en Ontario seront admissibles à la couverture d'assurance-santé de l'Ontario conformément au Règlement 552 et à la politique en vigueur du Ministère. Les clients qui présentent une demande de couverture aux termes d'une de ces catégories sont invités à communiquer avec le bureau local du régime d'assurance-santé de l'Ontario pour obtenir des précisions.

Demandeurs du statut de résident permanent ou demandeurs du droit d'établissement – Ce sont là des personnes dont Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) traite le dossier dans la perspective de l'octroi du statut de résident permanent ou d'immigrant reçu et qui satisfont aux exigences médicales de CIC.

Réfugiés au sens de la Convention et personnes protégées – La Commission fédérale de l'immigration et du statut de réfugié désigne une personne réfugiée au sens de la Convention quand il est établi que cette personne craint d'être persécutée dans son pays d'origine en raison de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques. CIC peut également déterminer qu'une personne est protégée au sens de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* si le fait de retourner dans son pays d'origine constituerait un risque sérieux eu égard à sa vie et l'exposerait à la torture ou à un châtiment cruel et inhabituel.

Titulaires de permis de résidence temporaire ou de permis ministériels – Les permis de résidence temporaire ou permis ministériels sont des documents qui indiquent que, dans l'immédiat, le titulaire ne satisfait pas aux exigences de CIC pour résider au Canada en permanence. Les titulaires de permis de résidence temporaire ou de permis ministériels correspondant aux types de cas 80 (adoption seulement), 86, 87, 88 ou 89, dont le dossier est traité de façon habituelle en vue de l'octroi du statut de résident permanent, sont admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario pour la durée de leur permis s'ils résident en Ontario. Les titulaires d'un permis de résidence temporaire ou d'un permis ministériel correspondant aux types de cas 80, 81, 84, 85, 90, 91, 92, 93, 94, 95 et 96 sont généralement des demandeurs du statut de résident permanent éconduits pour des motifs d'ordre médical ou criminel ou simplement en visite pour une courte période et ne sont pas admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario.

Ecclésiastiques, travailleurs étrangers et membres de leurs familles les accompagnant – Un ecclésiastique étranger admissible est une personne qui est parrainée par une organisation ou une confession religieuse et qui a conclu une entente pour exercer son ministère auprès d'une congrégation religieuse en Ontario pendant au moins six mois consécutifs.

Un travailleur étranger est une personne qui a conclu un contrat de travail avec un employeur canadien situé en Ontario et qui a reçu de Citoyenneté et Immigration Canada un permis de travail ou une autorisation d'emploi qui fait nommément mention de l'employeur canadien, établit la profession que la personne se propose d'exercer et a été émis pour une période d'au moins six mois.

Les conjoints, les partenaires de même sexe et les enfants à charge (âgés de moins de 19 ans) d'un ecclésiastique étranger ou d'un travailleur étranger admissible sont également admissibles à

la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario si l'ecclésiastique ou le travailleur étranger doit être employé en Ontario pendant au moins trois années consécutives et si le membre de la famille doit résider habituellement en Ontario.

Aides familiaux résidants – Les aides familiaux résidants sont des personnes qui ont reçu un permis de travail ou une autorisation d'emploi en vertu du Programme concernant les aides familiaux résidants (PAFR) ou le Programme concernant les employés de maison étrangers (PEME) administrés par CIC. Un aide familial résidant est une personne titulaire d'un permis de travail ou d'une autorisation d'emploi valide et émis par CIC dans le cadre du PAFR ou du PEME qui réside habituellement en Ontario. Pour les travailleurs du PAFR ou du PEME, il n'est pas obligatoire que le permis de travail ou l'autorisation d'emploi énumère les trois conditions d'emploi particulières requises visant tous les autres travailleurs étrangers.

Travailleurs agricoles migrants – Les travailleurs agricoles migrants sont des personnes qui détiennent un permis de travail ou une autorisation d'emploi en vertu du Programme des travailleurs saisonniers agricoles des Antilles, du Commonwealth et du Mexique administré par Citoyenneté et Immigration Canada. En raison de la nature particulière de leur emploi, les travailleurs agricoles migrants ne sont pas tenus de présenter les documents de résidence généralement exigés pour établir l'admissibilité à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario. Les membres de ce groupe sont également dispensés de la période d'attente de trois mois.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Conformément à l'alinéa 3(3) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* et à la politique du Ministère, les personnes qui déménagent en Ontario sont admissibles à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario après une période de trois mois suivant l'établissement de leur résidence en Ontario à moins d'être inscrites comme une exception au paragraphe 3(4) du Règlement 552.

4.2 Couverture au cours d'absences temporaires au Canada

Les services fournis à l'extérieur de la province sont couverts en vertu des articles 28, 30(1) et 32 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

L'Ontario respecte les conditions de l'Accord sur l'admissibilité et la transférabilité. Conformément à cet accord, les résidents assurés qui séjournent temporairement à l'extérieur de l'Ontario peuvent utiliser leur carte santé de l'Ontario pour obtenir des services de santé assurés.

Les résidents assurés qui quittent temporairement l'Ontario pour voyager au Canada sans établir leur résidence dans une autre province ou un autre territoire continueront à être couverts pour une période maximale de douze mois.

Une personne assurée en vertu du régime d'assurance-santé de l'Ontario qui cherche ou accepte un emploi dans une autre province ou un autre territoire continue de bénéficier du régime d'assurance-santé de l'Ontario pendant une période maximale de douze mois. Si la personne prévoit rester à l'extérieur de l'Ontario pendant plus de douze mois, elle doit demander une couverture dans la province ou le territoire où elle cherche ou occupe un emploi.

Les étudiants assurés qui sont temporairement absents de l'Ontario, mais qui demeurent au Canada, sont admissibles à une couverture continuelle pendant la durée de leurs études à temps plein à la condition qu'ils n'établissent pas leur résidence permanente ailleurs durant cette période. Afin de s'assurer qu'ils conservent leur admissibilité au régime d'assurance-santé de l'Ontario, les étudiants doivent fournir au MSSLDO une lettre de leur établissement d'enseignement confirmant qu'ils sont inscrits à temps plein. Les membres de la famille des

étudiants qui poursuivent leurs études dans une autre province ou un autre territoire sont également admissibles à une couverture continuelle du régime d'assurance-santé de l'Ontario lorsqu'ils accompagnent un étudiant pour la durée de ses études.

L'Ontario participe aux accords de réciprocité conclues entre toutes les provinces et les territoires concernant l'assurance des services aux malades hospitalisés et aux malades externes. Pour les malades hospitalisés, le paiement est effectué selon le tarif prévu par le régime de la province ou du territoire où l'hospitalisation a lieu. Pour les malades externes, l'Ontario paie les frais standard autorisés par le Comité de coordination de la facturation réciproque.

En outre, l'article 28 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé* établit le paiement des services hospitaliers assurés qui sont fournis en dehors de l'Ontario, mais au Canada et qui ne sont pas facturés en vertu d'ententes de réciprocité.

L'Ontario participe également aux ententes de facturation réciproque avec toutes les autres provinces et les territoires, à l'exception du Québec (qui n'a pas signé d'entente de facturation réciproque avec une autre province ou un autre territoire), pour les services médicaux assurés.

Les résidents de l'Ontario qui peuvent être tenus de payer les services médicaux reçus au Québec peuvent présenter leurs reçus au ministère de la Santé et des Soins de longue durée à des fins de remboursement.

4.3 Couverture au cours d'absences prolongées à l'étranger

Pendant des absences prolongées à l'étranger, la couverture du régime d'assurance-santé dont bénéficient les résidents de l'Ontario assurés est régie par les articles 28.1 à 29 (inclusivement) et par l'article 31 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Conformément aux alinéas 1.1(3), 1.1(4), 1.1(5) et 1.1(6) du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, le MSSLDO peut fournir aux résidents de l'Ontario assurés la protection continue du régime d'assurance-santé de l'Ontario pendant des séjours à l'étranger excédant 212 jours (sept mois) par période de douze mois.

Les résidents sont tenus de demander cette couverture au MSSLDO avant leur départ et de fournir un document expliquant les raisons de leur séjour à l'étranger. Conformément à la réglementation et à la politique du Ministère, la plupart des demandeurs doivent également avoir séjourné en Ontario pendant au moins 153 jours pendant chacune des deux périodes consécutives de douze mois précédant la date prévue de leur départ.

La durée de la période au cours de laquelle le MSSLDO fournira à une personne la protection continue du régime d'assurance-santé de l'Ontario au cours d'un séjour prolongé à l'étranger varie en fonction de la raison de l'absence. Pour obtenir plus de précisions, veuillez consulter l'information ci-après.

Raison	**Couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario**
Études	Durée d'un programme d'études à temps plein (illimité)
Travail	Périodes de cinq ans
Travail missionnaire	Durée des activités missionnaires (illimitée)
Vacances ou Autres	Jusqu'à deux ans au cours d'une vie

Les membres de la famille peuvent également avoir droit à la couverture du régime d'assurance-santé de l'Ontario lorsqu'ils accompagnent le demandeur principal au cours d'un séjour prolongé à l'étranger. Ils doivent communiquer avec le bureau local du régime d'assurance-santé de l'Ontario pour obtenir des détails.

Les services fournis à l'étranger sont couverts en vertu des articles 28.1 à 28.6 inclusivement et en

vertu des articles 29 et 31du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*.

Depuis le 1er septembre 1995, les frais des services hospitaliers d'urgence fournis à l'étranger sont remboursés au taux quotidien fixé par l'Ontario, à savoir :

- un maximum de 400 $ canadiens pour les services aux malades hospitalisés;
- un maximum de 50 $ canadiens pour les services aux malades externes (sauf dans le cas de la dialyse);
- un maximum de 210 $ canadiens par traitement de dialyse.

Au cours de 2003-2004, les services d'urgence médicalement nécessaires rendus à l'étranger par des médecins et d'autres professionnels admissibles (chiropraticiens, dentistes, optométristes, podiatres et ostéopathes) ont été remboursés selon les tarifs de l'Ontario énumérés dans la réglementation en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé* ou, encore, selon le montant facturé si ce dernier est inférieur. Les frais de services d'urgence médicalement nécessaires ou visant des services à l'étranger auprès de malades hospitalisés et de malades externes sont remboursés seulement lorsqu'ils ont été rendus dans un hôpital ou un établissement de santé agréé ou approuvé. Lorsque des services de laboratoire médicalement nécessaires rendus à l'étranger sont effectués par un médecin dans une situation d'urgence, ils sont remboursés conformément à la formule édictée à l'alinéa 29(1)b) du Règlement ou au montant facturé, soit le montant le moins élevé des deux; s'ils sont rendus par un laboratoire dans une situation d'urgence, ils sont remboursés conformément à la formule édictée à l'article 31 du Règlement.

En 2003-2004, le total des paiements pour les services hospitaliers et médicaux d'urgence assurés fournis à l'étranger à des malades hospitalisés et à des malades externes était de 41,9 millions de dollars.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Selon les dispositions de l'article 28.4 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, il est nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour le paiement de services non urgents à l'étranger. Le patient peut être autorisé à recevoir des services de santé à l'étranger, lesquels seront financés en totalité, lorsqu'un traitement médicalement accepté n'est pas disponible en Ontario ou que, avant le début du traitement, il fait face à un délai qui pourrait causer des dommages tissulaires irréversibles ou représenter un danger pour sa vie.

En vertu de l'article 28.5 du Règlement 552 de la *Loi sur l'assurance-santé*, les analyses de laboratoire effectuées à l'étranger sont remboursées, après avoir été préalablement approuvées par le MSSLDO, et ce, si les conditions suivantes sont respectées :

- ce genre de service ou de test n'est pas disponible en Ontario;
- le service ou le test est habituellement accepté en Ontario pour une personne se trouvant dans la même situation que la personne assurée;
- le service ou le test n'est pas effectué à titre expérimental;
- le service ou le test n'est pas effectué à des fins de recherche.

En 2003-2004, le montant total déboursé pour le paiement des traitements approuvés à l'extérieur du Canada s'élevait à 31,3 millions de dollars. Il n'y a pas de processus d'approbation préalable officiel à l'égard des services fournis aux résidents de l'Ontario à l'extérieur de cette province, mais au Canada. L'accord interprovincial sur l'admissibilité et la transférabilité comprend un barème pour les services dont les coûts sont élevés. Dans de rares circonstances, lorsque ce barème ne couvre pas les coûts des services dans une autre province, on peut demander à l'Ontario de garantir le paiement avant de fournir le service.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les services hospitaliers et médicaux et les services de chirurgie dentaire assurés sont disponibles pour les résidents de l'Ontario selon des conditions uniformes.

Toutes les personnes assurées ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés, lesquels sont définis dans la *Loi sur l'assurance-santé*.

Les hôpitaux publics de l'Ontario n'ont pas le droit de refuser de fournir des services dans des situations où la vie de la personne est en danger sous prétexte que cette dernière n'est pas assurée.

En vertu de la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé* (actuellement révoquée et régie par la Partie II de la *Loi sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*) et de la *Loi sur l'assurance-santé*, il est possible de prévenir la surfacturation du fait qu'il est interdit aux médecins participants et s'étant retirés du programme de facturer un montant supérieur à celui indiqué au barème de prestations de services médicaux. En vertu de cette même loi, il est interdit aux hôpitaux de facturer des services assurés aux résidents assurés.

Le MSSLDO a mis en oeuvre un système de validation des numéros de carte santé et de soins afin d'aider les prestataires de soins de santé et les patients à avoir accès aux services de santé et de favoriser le paiement des réclamations. Les prestataires de soins peuvent demander des privilèges de validation afin de vérifier l'admissibilité de leur patient et la situation du numéro de santé et du code (situation de la carte). Si des patients doivent avoir accès à des services de santé et qu'ils n'ont pas de carte santé en leur possession, le prestataire de soins peut obtenir les renseignements nécessaires en présentant au MSSLDO un formulaire de divulgation de numéro d'assurance-santé signé par le patient. Un processus accéléré pour obtenir les numéros d'assurance-santé des patients qui sont dans l'incapacité de fournir un numéro et qui nécessitent un traitement d'urgence est offert dans les salles d'urgence par l'entremise d'un service de consultation des numéros de carte santé.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En 2003-2004, 152 hôpitaux publics dotés en personnel étaient en activité dans la province, incluant les unités pour malades chroniques, les unités de soins généraux et les unités de réadaptation spéciale. Le nombre de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux publics s'établissait comme suit pour l'exercice 2003-2004 : 7 025 267 jours pour les soins actifs, 2 102 449 pour les soins aux malades chroniques et 743 590 pour les soins de réadaptation.

Les services prioritaires sont désignés comme étant des services hospitaliers fortement spécialisés qui permettent d'intervenir en cas d'affections menaçant la vie. Ces services sont souvent très coûteux et se multiplient rapidement, ce qui rend l'accès préoccupant. De façon générale, ces programmes sont gérés à l'échelle provinciale et sont conçus pour assurer un accès équitable.

Voici quelques exemples de services prioritaires :

- ☐ les greffes de moelle osseuse;
- ☐ certains services cardiovasculaires;
- ☐ certains services pour le traitement du cancer;
- ☐ les maladies rénales en phase terminale;
- ☐ certaines transplantations d'organes.

De plus, le Ministère appuie un certain nombre de grandes initiatives provinciales, notamment :

- ☐ la Stratégie ontarienne de prévention des accidents cérébrovasculaires;
- ☐ le Plan d'action sur le don et la transplantation d'organes et de tissus;
- ☐ le Service de traitement par la Visudyne;
- ☐ le Registre de remplacement des articulations de l'Ontario;
- ☐ la télémédecine;

- le Plan provincial de lutte contre le cancer et le Ontario Cancer Quality Council;
- l'oncologie pédiatrique.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Le Programme des services aux régions insuffisamment desservies est l'un des nombreux soutiens offerts par le MSSLDO pour aider les collectivités de l'Ontario à recruter et à maintenir en poste des professionnels des soins de santé. Il offre des outils de recrutement et de maintien en poste (incitatifs financiers) aux collectivités mal desservies. Pour avoir accès aux incitatifs de recrutement et de maintien en poste, une collectivité doit être désignée comme mal desservie.

Un certain nombre de programmes ont pour objet d'améliorer l'accès aux services de soins de santé pour les résidents des régions nordiques et rurales éloignées de l'Ontario :

- les contrats parrainés par la communauté offrent des mécanismes de financement de rechange pour financer des services de soins de première ligne dans les collectivités comptant un ou deux médecins, afin d'assurer l'accessibilité des soins de première ligne de même que des soins d'urgences 24 heures par jour, sept jours par semaine, si possible;
- le Programme de subventions d'encouragement pour les médecins offre une aide financière à des médecins généralistes et spécialistes travaillant dans des régions désignées insuffisamment desservies;
- le Programme d'enseignement gratuit offre jusqu'à 40 000 $ en remboursement des frais de scolarité aux étudiants de la troisième année de médecine, aux résidents et aux médecins nouvellement diplômés admissibles moyennant un engagement de retour de service à temps plein pendant une période de trois ou quatre ans dans une collectivité mal desservie;
- l'initiative du maintien en poste des médecins dans le Nord, un projet de trois ans, a offert un incitatif de maintien en poste et un accès au financement de l'éducation permanente aux médecins de famille et aux spécialistes admissibles qui pratiquent dans le Nord de l'Ontario depuis au moins quatre ans de même que l'accès au financement dans le but de poursuivre des études en médecine;
- Dans treize communautés du Nord, les ententes en vertu du Plan de financement des groupes du Nord prévoit d'autres dispositions de financement pour les groupes de trois à sept médecins devant fournir des services de soins de première ligne de même qu'assurer l'accès aux soins d'urgence dans les hôpitaux locaux 24 heures sur 24 et sept jours par semaine.
- Le Programme de subventions aux résidents du Nord pour frais de transport à des fins médicales aide financièrement les patients qui doivent se déplacer sur de longues distances pour recevoir des services hospitaliers et des services médicaux spécialisés assurés et non urgents qui ne sont pas disponibles dans la localité; il favorise également le recours aux services spécialisés situés dans le Nord de l'Ontario, ce qui encourage un plus grand nombre de spécialistes à exercer leur profession dans le Nord et à y demeurer.

À l'heure actuelle, 132 collectivités de l'Ontario sont désignées comme insuffisamment desservies par des omnipraticiens et des médecins de famille, et quinze collectivités sont désignées comme insuffisamment desservies par des spécialistes.

En vertu du Programme de services médicaux d'extension, des cliniques de soins primaires peuvent être organisées régulièrement pour les collectivités éloignées qui ont un poste de soins infirmiers financé par l'entremise du Programme des services aux régions insuffisamment desservies, et un soutien téléphonique peut être offert à l'infirmière ou à l'infirmière praticienne qui travaille au poste de soins infirmiers.

Au cours de 2003-2004, l'Ontario est demeuré au premier plan en ce qui concerne le renouvellement des soins de santé primaires. L'Ontario compte un certain nombre de modèles innovateurs de prestation de soins de santé primaire. Au cours de

l'année, la province a commencé à aligner ses modèles de soins de santé primaires nouveaux et existants afin qu'ils offrent tous les mêmes éléments clés, y compris des soins complets et préventifs; un accès 24 heures sur 24, sept jours par semaine par le truchement de services consultatifs téléphoniques; et une couverture accrue après les heures normales.

5.4 Rémunération des médecins

Les médecins sont rémunérés selon divers modes pour les services dont ils assurent la prestation. La plupart des médecins sont rétribués selon la formule de la rémunération à l'acte (plus de 90 pour cent des médecins inscrits), conformément au barème des honoraires relatif aux services médicaux en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*. D'autres médecins sont rémunérés en vertu du Programme des autres modes de paiement, comme la capitation, un budget global et les dispositions prises en fonction du volume (moins de 10 pour cent). En partenariat avec l'Association médicale de l'Ontario, le MSSLDO est en train de mettre en oeuvre de nouveaux mécanismes de rémunération par le truchement d'initiatives sur la réforme des soins de santé primaires, comme les réseaux de la santé familiale et les groupes de santé familiale de même que de nouveaux modèles pour la rémunération des médecins dans les centres universitaires des sciences de la santé.

Le MSSLDO négocie les taux de rémunération et autres changements au barème des honoraires de concert avec l'Association médicale de l'Ontario. L'entente actuelle sur les services médicaux conclue avec l'Association médicale canadienne a pris fin le 31 mars 2004. L'entente prévoyait une augmentation annuelle de 1,95 pour cent au 1er avril 2000, et une augmentation de deux pour cent pour chacune des trois années suivantes. Elle institue aussi de nouveaux honoraires visant à réduire les pressions sur les salles d'urgence, à prévoir un accès amélioré aux spécialistes, à faciliter l'élargissement des services de santé à domicile et à offrir de meilleurs soins à une population vieillissante. De plus, l'entente comprenait des dispositions pour les prestations de maternité pour les médecins de sexe féminin.

L'entente engageait également les parties à se rencontrer en mars 2003 concernant les engagements visant la quatrième année de l'entente. Un protocole d'entente prévoyait un investissement additionnel au-delà du financement déjà engagé.

En janvier 2004, le MSSLDO et l'Association médicale de l'Ontario ont entamé des négociations afin d'élaborer une nouvelle entente.

Pour ce qui est des services de chirurgie dentaire assurés, le MSSLDO négocie les changements au barème des honoraires avec l'Association médicale de l'Ontario. En 2002-2003, le MSSLDO et l'Association médicale du Canada ont convenu d'un accord de financement pluriannuel pour les services dentaires, lequel est entré en vigueur le 1er avril 2003.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux soumettent des résumés de la planification des services hospitaliers annuels, lesquels résultent d'une large consultation au sein de l'établissement (p. ex. tous les échelons de personnel, les syndicats, les médecins et le conseil), de la collectivité et de la région. Le plan de fonctionnement est d'abord et avant tout un document de planification, mais il comporte une composante budgétaire importante qui est à la fois financière et statistique. Le conseil régional de santé (CRS) et le personnel du MSSLDO examinent ensuite le plan de fonctionnement. L'examen du MSSLDO est effectué par le personnel régional, le personnel des programmes spécialisés et la haute direction. Cet examen suit des lignes directrices normalisées et peut faire intervenir des discussions et une clarification approfondies avec l'établissement.

Les paiements versés aux hôpitaux par le régime d'assurance-santé pour les services assurés sont calculés selon un budget annuel. Le système budgétaire de l'Ontario est un système de remboursement prospectif qui reflète les effets de l'augmentation de la charge de travail, des coûts

associés aux programmes prioritaires de la province et des augmentations des coûts associées à la croissance supérieure à la moyenne du volume de services dans des lieux géographiques spécifiques. Les paiements sont versés aux hôpitaux deux fois par mois.

Le MSSLDO examine régulièrement les règlements et les tarifs relatifs à la quote-part des malades chroniques, en prenant en considération les changements apportés chaque année à l'indice des prix à la consommation, à la Sécurité de la vieillesse, au Supplément de revenu garanti et au Supplément annuel de revenu garanti, et détermine s'il y a lieu de modifier la réglementation et les tarifs.

Le MSSLDO commence à mesurer le rapport coût-efficacité relatif et à récompenser les hôpitaux par l'intermédiaire du modèle d'allocation intégrée selon la population qui prend également en compte les caractéristiques particulières de l'hôpital.

En outre, des méthodes spécialisées sont utilisées pour le financement enrichi d'initiatives associées à des politiques et à des programmes spécifiques (c.-à-d. perfectionnement du personnel infirmier, séjour garanti de 60 heures consécutif à l'accouchement). En 2003-2004, le financement des soins aux patients dans les hôpitaux a été bien supérieur à 10 milliards de dollars.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

En 2003-2004, le gouvernement de l'Ontario a reconnu publiquement la contribution fédérale au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans ses publications.

7.0 Services complémentaires de santé

7.1 Soins intermédiaires en maison de repos et soins en établissement pour adultes

Le MSSLDO subventionne 563 établissements de soins de longue durée et plus de 68 000 lits. Le MSSLDO exploite aussi le programme de surveillance de la conformité pour les établissements de soins de longue durée, ce qui comprend la santé et le bien-être ainsi que les services de sûreté, de sécurité, d'environnement et de diététique, afin d'assurer le respect des lois, des règlements et des normes. Le MSSLDO reçoit les plans des correctifs à apporter et en surveille la mise en oeuvre afin d'assurer, le cas échéant, la conformité.

7.2 Services de soins à domicile

Les programmes de soins à domicile et en milieu communautaire offrent une gamme de services qui appuient l'autonomie communautaire. Ces services sont assurés par les Centres d'accès aux soins communautaires (CASC), les organismes de services de soutien communautaire (SSC), et les Centres de traitement des enfants (CTE).

Les CASC offrent aux résidents admissibles de tous les âges de l'Ontario un accès simplifié aux services de soins de santé et de soutien communautaires. Ils évaluent les besoins qu'ont les personnes en matière de santé et organisent la prestation de services professionnels et de services de soutien personnel à la maison ou à l'école. Les CASC fournissent aussi de l'information aux personnes et les orientent vers d'autres services communautaires et prennent les dispositions nécessaires à leur admission à des soins en établissement, au besoin.

Les agences de services de soutien communautaire (SSC) fournissent des services de soutien, y compris les services d'assistance aux familles, les soins auxiliaires, les programmes de

jour pour adultes, le soutien aux fournisseurs de soins, les services de repas, l'entretien ménager et le transport accompagné. Ces services viennent compléter les services à domicile et d'autres services de santé, ainsi que l'aide assurée par la famille et les amis.

Les enfants reçoivent des services de thérapie de réadaptation et d'habilitation des centres de traitement des enfants. Tous les CTE offrent des services d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie. Une vaste gamme d'autres services peuvent aussi être assurés, compte tenu des besoins de la collectivité et de la disponibilité des autres services dans la localité. Les enfants trop malades pour quitter leur domicile sont desservis par les services à domicile assurés par les CASC.

Personnes inscrites

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	11 400 000	11 700 000	11 800 000	12 100 000	12 200 000

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire

Établissements publics	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	154	150	139	139	139
b. soins chroniques	12	12	11	11	11
c. soins de réadaptation	4	4	4	4	4
d. autres	3	3	3	3	3
e. total	173 [1]	169 [1]	157 [1]	157 [1]	157 [1]
3. Paiements ($) :					
a. soins de courte durée	non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]
b. soins chroniques	non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]
c. soins de réadaptation	non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]
d. autres	non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]	non disponible [2]
e. total	7 700 000 000	8 700 000 000	9 200 000 000	10 300 000 000	10 300 000 000

Établissements privés à but lucratif	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]
c. total	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]
c. total	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]
6. Paiements totaux destinés aux ($) :					
a. installations chirurgicales	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]
c. total	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]	non disponible [3]

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	10 227	10 281	10 395	10 508	10 611
b. spécialistes	10 284	10 392	10 520	10 724	10 703
c. autres	non disponible [4]	non disponible [4]	non disponible [4]	non disponible [4]	non disponible [4]
d. total	20 511	20 673	20 915	21 232	21 314
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	25	25	22	17	15
b. spécialistes	188	177	165	134	114
c. autres	non disponible [4]	non disponible [4]	non disponible [4]	non disponible [4]	non disponible [4]
d. total	213	202	187	151	129
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]
b. spécialistes	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]
c. autres	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]
d. total	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]	non disponible [5]
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	79 600 000	79 700 000	77 800 000	76 800 000	78 700 000
b. spécialistes	91 400 000	93 600 000	99 600 000	102 300 000	103 300 000
c. autres	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]
d. total	171 000 000	173 300 000	177 400 000	179 100 000	182 000 000
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte ($) :					
a. omnipraticiens	1 725 200 000	1 734 100 000	1 741 400 000	1 733 200 000	1 820 200 000
b. spécialistes	2 699 200 000	2 824 300 000	2 936 700 000	3 065 100 000	3 152 800 000
c. autres	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]
d. total	4 424 400 000	4 558 400 000	4 678 100 000	4 798 300 000	4 973 000 000
12. Paiement moyen par frais de service ($) :					
a. omnipraticiens	21.67	21.77	22.40	22.57	23.14
b. spécialistes	29.53	30.19	29.50	29.96	30.52
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible [6]
d. tous les services	25.87	26.32	26.40	26.79	27.33
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) :					
a. médicaux	84 100 000	82 900 000	81 800 000	81 800 000	80 900 000
b. chirurgicaux	2 200 000	22 300 000	22 700 000	23 900 000	27 100 000
c. diagnostics	64 800 000	68 100 000	72 900 000	73 400 000	74 000 000
d. autres	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]
e. total	170 900 000	173 300 000	177 400 000	179 100 000	182 000 000
14. Paiements totals effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement ($) :					
a. médicaux	2 678 600 000	2 699 800 000	2 731 400 000	2 742 800 000	2 818 000 000
b. chirurgicaux	633 800 000	670 800 000	706 800 000	735 000 000	787 700 000
c. diagnostics	1 112 000 000	1 187 800 000	1 239 800 000	1 320 500 000	1 367 300 000
d. autres	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]
e. total	4 424 400 000	4 558 400 000	4 678 100 000	4 798 300 000	4 973 000 000
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement ($) :					
a. médicaux	31.84	32.59	33.40	33.53	34.84
b. chirurgicaux	28.78	30.09	31.10	30.75	29.04
c. diagnostics	17.15	17.45	17.00	17.99	18.48
d. autres	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]	non disponible [6]
e. tous les services	25.87	26.32	26.40	26.79	27.33

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	9 031	9 540	8 633	9 306	9 023
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	155 648	161 882	144 831	140 692	167 143
18. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	41 300 000	39 900 000	36 800 000	48 500 000	63 000 000
19. Paiements totaux, consultations externes ($)	18 700 000	22 000 000	18 000 000	16 500 000	20 000 000
20. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	4 573.00	4 182.00	4 262.70	5 211.70	6 982.00
21. Paiement moyen, consultations externes ($)	120.00	136.00	124.30	117.30	119.66
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
22. Quantité de services (#)	455 136	433 463	469 146	497 880	557 720
23. Paiements totaux ($)	14 000 000	14 400 000	15 500 000	17 700 000	18 600 000
24. Paiement moyen par service ($)	31.00	33.00	33.00	35.00	33.34

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	20 657	20 503	18 542	23 295	21 458
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]	non disponible [7]
27. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	17 000 000	18 800 000	19 300 000	27 200 000	32 000 000
28. Paiements totaux, consultations externes ($)	non disponible [8]	non disponible [8]	non disponible [8]	non disponible [8]	non disponible [8]
29. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	823.00	918.00	1 043.20	1 167.40	1 490.80
30. Paiement moyen, consultations externes ($)	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]	non disponible [9]
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
31. Quantité de services (#)	184 107	179 679	157 191	200 428	180 395
32. Paiements totaux ($)	11 600 000	15 500 000	8 200 000	10 200 000	9 900 000
33. Paiement moyen par service ($)	63.00	86.00	51.90	51.00	55.10

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
34. Nombre de dentistes participants (#)	350	357	327	319	323
35. Nombre de services fournis (#)	69 400	71 660	74 000	75 600	72 900
36. Paiements totaux ($)	8 100 000	8 200 000	8 600 000	9 300 000	9 200 000
37. Paiement moyen par service ($)	116.71	115.21	116.00	123.02	126.20

Notes

1. Exclut les trois hôpitaux psychiatriques provinciaux.
2. Les établissements en Ontario tendent à être mixtes (soins actifs et de longue durée et soins de longue durée et de réadaptation) et seule une minorité d'établissements sont du genre patient unique. Le classement par type d'établissement ne donne qu'un échantillon restreint, faussant les montants réellement dépensés pour les lits de soins de longue durée et de réadaptation.
3. Il n'y a pas de système unique de collecte de données au Ministère.
4. Tous les médecins sont classés dans les catégories omnipraticien ou spécialiste.
5. L'Ontario n'a aucun médecin non participant, seulement des médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie et qui sont indiqué au no 8.
6. Tous les médecins sont classés dans les catégories omnipraticien ou spécialiste, et selon qu'il s'agit de services médicaux ou chirurgicaux ou de services de diagnostic.
7. Inclut au no 25.
8. Inclut au no 27.
9. Inclut au no 29.

Manitoba

Introduction

La mission de Santé Manitoba est de fournir le leadership et le soutien nécessaires à la protection, à la préservation et à la promotion de la santé de tous les Manitobains. La structure organisationnelle du Ministère reflète cinq secteurs fonctionnels distincts, mais interdépendants : les finances; les affaires régionales; les programmes de santé provinciaux; la responsabilisation, les politiques et la planification en matière de santé; et les effectifs médicaux. Les mandats de ces secteurs fonctionnels découlent des lois et des politiques établies concernant les questions de santé et de mieux-être. Les rôles et responsabilités de Santé Manitoba consistent notamment à élaborer des normes, des politiques et des programmes, à rendre des comptes et à procéder à des évaluations relativement aux programmes et aux questions de nature fiscale.

Le 4 novembre 2003, on annonçait la création d'un nouveau poste au conseil des ministres : celui de ministre de la Vie saine. Ce nouveau poste a permis de faire une plus large place aux buts que vise Santé Manitoba en matière de promotion et de maintien de la santé.

Les services de santé sont assurés par le truchement de 11 offices régionaux de la santé (ORS), hôpitaux et autres établissements de soins de santé.

Santé Manitoba continue à améliorer la qualité de son réseau de santé et à répondre aux attentes du public en s'efforçant de réduire les listes d'attente, d'améliorer les services et de recruter et de maintenir en poste des professionnels de la santé. D'autres défis stratégiques demeurent à relever : offrir des services pour maintenir la qualité de vie des Manitobains atteints d'une maladie chronique; réformer les services de santé mentale, l'assurance-médicaments et les soins de santé primaires; investir dans les soins prolongés. De plus, Santé Manitoba continue à améliorer l'accès aux soins et à réduire les listes d'attente en appliquant diverses stratégies, notamment un programme élargi de vaccination contre la grippe et une meilleure coordination des ressources des hôpitaux. Parmi les autres mesures adoptées pour réduire la demande pour des lits d'hôpitaux, citons les initiatives en soins ambulatoires, les centres d'accès communautaire et les investissements dans les soins à domicile et de longue durée.

Le Renouvellement des soins de santé mentale, entrepris en 2001, porte surtout sur la santé mentale au sein du réseau de santé et met l'accent sur l'amélioration de l'intégration des services de santé mentale au sein du système de soins de santé primaires, sur l'amélioration de la participation des consommateurs et de la famille à la conception et à la prestation des services de santé mentale, sur l'amélioration de la compréhension du public face à la maladie mentale et au bien-être mental, et enfin, sur l'importance de poser un diagnostic et d'intervenir rapidement.

Le Programme d'assurance-médicaments du Manitoba a été amélioré grâce à l'ajout de nouveaux médicaments au formulaire, à la simplification de l'administration et à l'interaction avec les autres provinces concernant les approches communes, notamment le mécanisme d'examen commun des médicaments.

La sécurité des patients et la qualité des soins de santé continuent d'être des priorités absolues pour Santé Manitoba. Une stratégie intégrée de sécurité des patients reposant sur les priorités cernées par le Comité directeur national chargé de la sécurité des parents, et les

recommandations de l'Enquête Sinclair[1] et du Rapport Thomas[2] est en voie de réalisation.

Dans l'ensemble, Santé Manitoba édifie une culture de responsabilisation pour le travail du ministère de la Santé et celui des divers intervenants du système de soins de santé.

Il est essentiel de préciser les rôles et les responsabilités des partenaires et leurs attentes en matière de rendement afin de renforcer les relations nécessaires à la reddition des comptes. Au début de 2003, Santé Manitoba a entamé un processus visant à conclure des accords de rendement annuels avec les offices régionaux de la santé, Action cancer Manitoba et la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances. Ces accords donnent une orientation claire quant au rendement à atteindre dans les domaines clés et décrivent la façon dont ce rendement sera surveillé et évalué. Le premier accord a été signé au printemps 2003 et s'applique à l'exercice 2003-2004.

Le rôle et la mission de Santé Manitoba

Santé Manitoba est un ministère hiérarchique dans la structure organisationnelle et il est exploité en vertu des dispositions des lois et des responsabilités confiées aux ministres de la Santé et de la Vie saine. Les mandats officiels contenus dans la législation, assortis aux mandats résultant des réponses aux questions de santé et de soins de santé nouvelles, forment le cadre pour la planification et la prestation des services.

La vision de Santé Manitoba est de jouer un rôle de chef de file dans le système de soins de santé de qualité, lequel repose sur la créativité, la compassion, la confiance et le respect; d'habiliter les Manitobains grâce aux connaissances, aux choix et à l'accès aux meilleures ressources sanitaires possible; et de former des partenariats et des alliances pour la santé et la promotion de collectivités offrant un soutien.

Santé Manitoba a pour mission de diriger un réseau de santé qui réponde aux besoins des Manitobains et favorise leur santé et leur bien-être. Cette mission est réalisée par le truchement d'une structure d'enveloppes globales comprenant l'obligation de rendre compte des programmes, des politiques et des finances, de l'établissement de politiques gouvernementales judicieuses et de la prestation de services de santé et de soins de santé pertinents et efficaces. Les services sont assurés par l'entremise des systèmes de prestation régionaux, des hôpitaux et d'autres établissements de soins de santé. Le Ministère verse également, au nom des Manitobains, des paiements au titre des services de santé assurés associés aux coûts des soins médicaux, des soins hospitaliers, des soins personnels, de l'assurance-médicaments et d'autres services de santé.

Santé Manitoba a également le rôle de favoriser l'innovation dans le système de soins de santé. Pour ce faire, le Ministère prévoit l'établissement de mécanismes pour évaluer et surveiller la qualité, l'utilisation et la rentabilité des soins; il favorise les comportements et les milieux qui permettent de promouvoir la santé et il veille à la promotion de la réceptivité et de la souplesse des systèmes de prestation, ainsi qu'à la prestation de services de rechange moins coûteux.

1 L'Enquête Sinclair (Enquête sur le service de cardiochirurgie infantile) a reçu le mandat d'effectuer une enquête sur le décès de 12 jeunes enfants en soins cardiaques à Winnipeg. Le juge en chef adjoint Murray Sinclair a dirigé l'enquête et a rédigé les recommandations figurant dans le Rapport de la Commission d'enquête sur le service de cardiochirurgie infantile.

2 Le professeur Paul Thomas de l'Université du Manitoba a dirigé le Comité consultatif de mise en œuvre qui a été nommé en vue de répondre aux recommandations de l'Enquête Sinclair.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba est géré par le ministère de la Santé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*, R.S.M. 1987, ch. H35. En 1992, des modifications importantes ont été apportées à la loi[3] : la Commission des services de santé du Manitoba a été dissoute et tous ses biens et responsabilités ont été transférés à Santé Manitoba. Cette dissolution est entrée en vigueur le 31 mars 1993.

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba est géré conformément à la *Loi sur l'assurance-maladie* pour tous les aspects touchant l'assurance relative aux coûts des services hospitaliers, personnels et médicaux et des autres services de santé auxquels il est fait allusion dans les lois des autorités législatives ou les règlements pris en application de celles-ci. La loi a été modifiée le 1er janvier 1999 afin de prévoir la couverture des services pour malades externes assurés relativement aux services médicaux assurés offerts dans les installations chirurgicales.

Le ministre de la Santé est chargé de la gestion et du fonctionnement du régime. En vertu du paragraphe 3(2) de la loi, le ministre peut :

- fournir aux résidents de la province une assurance relative aux coûts des services hospitaliers, des soins médicaux, des soins personnels et d'autres services de santé;
- planifier, organiser et mettre sur pied dans toute la province un réseau équilibré et intégré d'hôpitaux, de foyers de soins personnels ainsi que d'établissements et de services associés au domaine de la santé qui répondent aux besoins des résidents de la province;
- faire en sorte que des normes satisfaisantes soient maintenues dans les hôpitaux, dans les foyers de soins personnels ainsi que dans les établissements associés au domaine de la santé, y compris les normes relatives à la surveillance, à la délivrance de licences, à l'équipement et à l'inspection, ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires pour assurer le maintien de normes satisfaisantes;
- sauf dans le cas des soins individuels aux malades, fournir un service de consultation aux hôpitaux et aux foyers de soins personnels de la province ou prendre les dispositions qu'il juge nécessaires afin d'assurer la prestation d'un tel service;
- exiger que les dossiers des hôpitaux, des foyers de soins personnels et des établissements associés au domaine de la santé soient vérifiés tous les ans et que les rapports que requiert le gouvernement du Canada à l'égard des hôpitaux soient présentés;
- dans les cas où les résidents n'ont pas accès à des soins médicaux ni à d'autres services de santé, prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour planifier, organiser et mettre sur pied de tels services afin de répondre aux besoins des résidents.

Le ministre peut également conclure, avec des personnes ou des groupes de personnes, les contrats et ententes qu'il juge nécessaires pour l'application de la présente loi. Il peut également octroyer des subventions à une personne ou à un groupe de personnes pour l'application de la présente loi, sous réserve des conditions qu'il juge opportunes. Le ministre peut également, par écrit, déléguer à quiconque les pouvoirs ou les fonctions que lui confèrent la présente loi ou les règlements.

Aucune modification législative influant sur l'administration publique du régime n'a été apportée à la Loi ou au règlement au cours de l'exercice 2003-2004.

3 Lorsqu'on mentionne « la loi » dans le texte, il s'agit de la *Loi sur l'assurance-maladie*, (1999).

1.2 Liens hiérarchiques

Aux termes de l'article 6 de la loi, le ministre doit préparer les états financiers vérifiés du régime et y faire état séparément des dépenses se rapportant aux services hospitaliers, aux soins médicaux ainsi qu'aux autres services de santé. Le ministre est également tenu de faire préparer un rapport annuel qui doit comprendre les états financiers vérifiés, et il doit déposer une copie du rapport annuel à l'Assemblée législative dans les 15 premiers jours de séance de celle-ci, suivant sa réception. Si l'Assemblée ne siège pas, le rapport doit être déposé dans les 15 jours suivant le début de la session suivante.

1.3 Vérification des comptes

L'article 7 de la loi exige que le Bureau du vérificateur général du Manitoba (ou un autre vérificateur désigné par le Bureau du vérificateur général du Manitoba) fasse une vérification annuelle des comptes du régime et prépare un rapport à l'intention du ministre. Le plus récent rapport du genre auquel le public a pu accéder vise l'exercice 2003-2004 et fait partie du *Rapport annuel 2003-2004 de Santé Manitoba*.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 46 et 47 de la loi de même que le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (R.M. 48/93) prévoient la prestation de services hospitaliers assurés.

Au 31 mars 2004, 98 établissements fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes au Manitoba, dont un centre psychiatrique provincial. Les hôpitaux sont désignés par le Règlement sur la désignation des hôpitaux (R.M. 47/93) en vertu de la loi.

Les services spécifiés par le Règlement comme étant des services hospitaliers assurés fournis aux malades hospitalisés et aux malades externes comprennent les services suivants :

- ☐ l'hébergement et les repas en salle commune;
- ☐ les soins infirmiers nécessaires;
- ☐ les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic;
- ☐ les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes;
- ☐ les fournitures médicales et chirurgicales ordinaires;
- ☐ l'utilisation des salles d'opération, des salles d'observation et des installations d'anesthésie;
- ☐ l'utilisation des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie, là où elles existent.

Tous les services hospitaliers sont ajoutés à la liste des services hospitaliers disponibles par l'entremise du processus de planification de la santé.

La population du Manitoba a des attentes très élevées quant à la qualité des soins de santé et elle insiste pour que les connaissances médicales les plus poussées et les services les plus au point soient utilisés pour son état de santé personnel. Santé Manitoba se tient au courant des découvertes dans les domaines des sciences de la santé.

2.2 Services médicaux assurés

La loi d'autorisation qui prévoit la prestation de services médicaux assurés est le Règlement sur l'assurance relative aux soins médicaux (R.M. 49/93) pris en application de la loi.

Les médecins qui offrent des services assurés au Manitoba doivent être légalement autorisés à exercer la médecine au Manitoba, autorisés et agréés en vertu de la *Loi médicale*. Au 31 mars 2004, 2 124 médecins étaient inscrits au registre de Santé Manitoba.

Un médecin peut, sur présentation d'un avis écrit au ministre, choisir de percevoir des honoraires auprès d'une autre personne que le ministre pour les services médicaux donnés à des personnes assurées, conformément à l'article 91 de la loi et de l'article 5 du Règlement sur l'assurance

relative aux soins médicaux. La décision de se retirer du régime d'assurance-maladie entre en vigueur le premier jour du mois suivant une période de 90 jours commençant à la date où le ministre reçoit l'avis.

Avant de fournir un service médical à une personne assurée, le médecin doit donner au patient un préavis raisonnable disant qu'il se propose de percevoir des honoraires pour le service médical qu'il lui fournira auprès de celui-ci ou de toute autre personne, à l'exception du ministre. Il incombe au médecin de soumettre, au nom du patient, une demande au ministre; le médecin ne peut percevoir des honoraires en sus des prestations à payer pour ce service, aux termes de la loi et des règlements. À l'heure actuelle, aucun médecin du Manitoba n'a décidé de se retirer du régime médical.

Dans le Règlement sur les frais assurés engagés pour des services médicaux (R.M. 95/96), on trouve la liste des services médicaux assurés par Santé Manitoba. Cette garantie s'applique à tous les services de soins personnels fournis par un médecin à une personne assurée lorsqu'ils sont nécessaires du point de vue médical et non exclus en vertu du Règlement sur les services exclus (R.M. 46/93) pris en application de la loi. Au cours de l'exercice 2003-2004, un certain nombre de nouveaux services assurés ont été ajoutés au barème d'honoraires révisé.

Afin qu'un service médical puisse être ajouté à la liste des services assurés par Santé Manitoba, les médecins doivent présenter une proposition à la section de l'Association médicale du Manitoba dont ils relèvent. Les propositions sont acheminées au Manitoba College of Physicians and Surgeons qui vérifie que le service est scientifiquement valide et non en voie d'élaboration ou à l'étape expérimentale. L'Association médicale négocie alors le service en question, y compris les honoraires, avec Santé Manitoba. Le processus peut également être amorcé par Santé Manitoba.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

La liste des services de chirurgie dentaire assurés se trouve dans le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (Règlement 48/93) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Ces services chirurgicaux sont assurés lorsqu'ils sont donnés par un chirurgien diplômé en chirurgie buccale et maxillo-faciale ou un dentiste autorisé à exercer sa profession dans un hôpital, et qu'il est nécessaire d'hospitaliser le patient pour accomplir l'acte correctement. Ce règlement prévoit également des prestations relativement au coût des services d'orthodontie assurés dans les cas de bec-de-lièvre et de fissure du palais chez les personnes inscrites au programme avant leur dix-huitième anniversaire, et ce, lorsque les services sont assurés par un orthodontiste autorisé. Au 31 mars 2004, 570 dentistes étaient inscrits auprès de Santé Manitoba.

Les fournisseurs de services dentaires peuvent, à l'instar des médecins, décider de percevoir leurs honoraires directement auprès du patient et ils ne doivent pas percevoir auprès d'une personne assurée des frais pour ces services médicaux ou pour d'autres services de santé qui dépassent les prestations à payer aux termes de la loi ou des règlements. Au 31 mars 2004, aucun fournisseur de services dentaires n'avait opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie.

Afin qu'un service dentaire soit ajouté à la liste des services assurés, un dentiste doit soumettre une proposition à la Manitoba Dental Association (MDA). La MDA négociera les honoraires avec Santé Manitoba.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Le Règlement sur les services exclus (R.M. 46/93) adopté dans le cadre de la loi présente les services qui ne sont pas assurés. Ils comprennent les services suivants :

- ☐ les examens et les rapports établis pour des raisons d'emploi, d'assurance, de fréquentation d'une université ou d'un camp, ou encore les services offerts à la demande de tiers;
- ☐ les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont autorisés par Santé Manitoba;
- ☐ les soins que des médecins, des dentistes, des chiropraticiens ou des optométristes se donnent à eux-mêmes ou donnent aux personnes à leur charge;
- ☐ la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal;
- ☐ le kilométrage ou le temps de déplacement;
- ☐ les services de psychologues, de podologues et d'autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la législation;
- ☐ la fécondation *in vitro*;
- ☐ l'enlèvement de tatouages;
- ☐ l'ajustement de lentilles cornéennes;
- ☐ le rétablissement de la fécondité;
- ☐ la psychanalyse.

Le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux stipule que les soins donnés à l'hôpital comprennent les fournitures médicales et chirurgicales courantes, permettant ainsi d'assurer un accès raisonnable à tous les résidents. Les offices régionaux de la santé et Santé Manitoba vérifient la conformité.

Tous les résidents du Manitoba jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément. Le Manitoba n'a aucun processus officiel pour surveiller la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent aux offices régionaux de la santé et à Santé Manitoba de se tenir au courant des préoccupations relatives à l'usage et aux services.

Afin de supprimer des services actuellement assurés par Santé Manitoba, le Ministère doit préparer une soumission et la présenter au Cabinet pour approbation. Selon le service en cause, il faudrait déterminer, au cas par cas, s'il est nécessaire de recourir à une consultation publique.

En 2003-2004, aucun service n'a été supprimé de la liste des services assurés par Santé Manitoba.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit l'admissibilité des résidents du Manitoba au régime d'assurance-maladie de la province. Le paragraphe 2(1) de la loi stipule qu'un « résident » est une personne qui est légalement autorisée à habiter au Canada, qui réside au Manitoba et qui y est personnellement présente au moins six mois par année civile. Cette définition comprend également toute autre personne qui, en vertu des règlements, est considérée comme un résident, mais elle exclut, sauf indication contraire du ministre, les personnes titulaires d'un permis ministériel délivré en vertu de la *Loi sur l'immigration* (Canada) ou qui sont des visiteurs, des personnes de passage ou des touristes.

Le Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) a pour effet d'élargir l'acception du terme « résidence ». On trouve ces définitions élargies aux paragraphes 7(1) et 8(1). Le paragraphe 7(1) a pour effet de permettre aux missionnaires, aux personnes qui s'absentent du pays pour un emploi ainsi qu'aux personnes qui prennent un congé sabbatique et celles qui s'absentent du Manitoba pour une période pouvant aller jusqu'à 24 mois de demeurer résidents du Manitoba. Les étudiants qui fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement agréé sont réputés être résidents du Manitoba. Le paragraphe 8(1) a pour effet d'élargir l'acception du terme « résidence » aux personnes légalement autorisées à travailler au Manitoba et qui ont le droit de travailler pendant une période de 12 mois ou plus.

L'article 6 du Règlement sur la résidence et l'inscription définit la période d'attente de la façon suivante :

> « Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était résident d'une autre province ou d'un territoire canadien n'est pas assuré avant le premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée. »

Il n'existe actuellement aucune autre période d'attente au Manitoba.

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba exclut les résidents couverts par les lois fédérales suivantes : *Loi sur l'aéronautique*; *Loi sur les prestations de guerre pour les civils*; *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*; *Loi sur l'indemnisation des marins marchands*; *Loi sur la défense nationale*; *Loi sur les pensions*; *Loi sur la Gendarmerie royale du Canada*; ou par toute autre loi relevant d'un autre secteur de compétence. Au paragraphe 2(2) du Règlement sur les services exclus, il est question des résidents inadmissibles; sont exclus les résidents qui sont membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et ceux qui purgent une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral. Ces résidents deviennent admissibles à la couverture de Santé Manitoba une fois qu'ils cessent d'être membres des Forces canadiennes, d'être membres de la GRC, ou si un détenu dans un pénitencier n'a pas de personne à charge résidant dans la province. Selon le paragraphe 2(3) du Règlement sur la résidence et l'inscription, (R.M. 54/93), lorsque ces personnes changent de statut, elles disposent de un mois pour s'inscrire auprès de Santé Manitoba.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour les besoins de la délivrance des cartes d'assurance-maladie, les personnes doivent aviser Santé Manitoba qu'elles sont légalement autorisées à être au Canada et qu'elles ont l'intention d'habiter au Manitoba pendant six mois. Elles doivent aussi fournir une adresse de résidence principale dans la province. À la réception de ces renseignements, Santé Manitoba délivre un certificat d'inscription à la personne ainsi qu'à toutes les personnes admissibles à sa charge.

Au Manitoba, deux numéros sont associés à la santé : le numéro d'inscription est un numéro à six chiffres attribué à une personne âgée de 18 ans ou plus qui n'est pas considérée comme une personne à charge. Santé Manitoba utilise ce numéro pour régler les demandes de remboursement des services hospitaliers et médicaux pour cette personne ainsi que pour toutes les personnes désignées qui sont à sa charge. Un numéro d'identification personnelle de santé (NIPS) de neuf chiffres est requis pour le programme des médicaments provincial.

Au 31 mars 2004, le nombre de résidents inscrits auprès du régime d'assurance-maladie était de 1 159 784.

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba ne prévoit aucune possibilité de retrait pour les résidents.

3.3 Autres catégories de personnes assurées

Aux termes du paragraphe 8(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93), les travailleurs temporaires doivent être titulaires d'un permis de travail délivré par Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) pour au moins 12 mois consécutifs, être physiquement présents au Manitoba et être légalement autorisés à demeurer au Canada afin d'avoir droit à l'assurance de Santé Manitoba.

Au 31 mars 2004, 3 234 personnes titulaires d'un permis de travail étaient assurées par le régime d'assurance-maladie du Manitoba.

Selon la définition du terme « résident » donnée dans la *Loi sur l'assurance-maladie*, le ministre de la Santé, ou son mandataire désigné, peut fournir l'assurance aux titulaires d'un permis ministériel délivré en vertu de la *Loi sur l'immigration* (Canada).

Aucune modification législative influant sur l'universalité n'a été apportée à la loi ou au règlement au cours de l'exercice 2003-2004.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

L'article 6 du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) fixe la période d'attente pour les personnes assurées qui déménagent d'une province ou d'un territoire autre pour s'installer au Manitoba. Un résident qui, immédiatement avant son arrivée au Manitoba, était résident d'une autre province ou d'un territoire canadien est assuré le premier jour du troisième mois qui suit son arrivée.

4.2 Couverture au cours d'absences temporaires au Canada

Le paragraphe 7(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant des absences temporaires au Canada.

Les étudiants sont considérés comme des résidents et ils continuent d'être assurés par l'assurance-maladie pendant toute la période où ils sont inscrits à temps plein dans tout établissement d'enseignement agréé. Une exigence supplémentaire veut qu'ils aient l'intention de retourner au Manitoba et de s'y installer après avoir terminé leurs études.

Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'études sont assurés par Santé Manitoba pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Le Manitoba a signé des ententes officielles avec toutes les provinces et chacun des territoires canadiens pour les besoins de la facturation réciproque des services hospitaliers assurés. Le Manitoba a signé un accord bilatéral avec la Saskatchewan pour les résidents de la Saskatchewan qui reçoivent des soins dans les localités frontalières du Manitoba.

Les coûts d'hospitalisation sont fixés selon les taux normaux approuvés par la province ou le territoire d'accueil. Les paiements versés pour les actes médicaux à coût élevé visant des patients hospitalisés et les services offerts à des patients externes sont fondés sur les taux nationaux établis par les régimes de santé provinciaux ou territoriaux. Ils comprennent tous les services nécessaires sur le plan médical de même que les coûts relatifs aux soins d'urgence.

Les services médicaux reçus dans toutes les provinces – à l'exception du Québec – et tous les territoires sont payés en vertu d'ententes de facturation réciproque aux taux de la province ou du territoire d'accueil. Les demandes de remboursement pour services médicaux reçus au Québec sont soumises par le patient ou le médecin à Santé Manitoba afin d'être réglées selon les taux de la province d'accueil.

En 2003-2004, Santé Manitoba a versé des paiements totalisant environ 20 660 315 $ pour des services hospitaliers et 7 579 028 $ pour des services médicaux fournis au Canada.

4.3 Couverture au cours d'absences temporaires à l'étranger

Le paragraphe 7(1) du Règlement sur la résidence et l'inscription (R.M. 54/93) définit les règles de transférabilité de l'assurance-maladie pendant les absences temporaires du Canada.

Les résidents qui travaillent à temps plein sous contrat à l'extérieur du Canada auront droit à la couverture de Santé Manitoba pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Ils doivent retourner au Manitoba et y résider à la fin de leur contrat. Les membres du clergé qui vont en mission, pour le compte d'une organisation religieuse ayant le statut d'organisme de bienfaisance en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (Canada), seront assurés par Santé Manitoba pour une période pouvant aller jusqu'à 24 mois consécutifs. Les étudiants sont considérés comme des résidents et continueront

d'avoir droit à l'assurance-maladie pendant la durée de leur inscription à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé. Une exigence supplémentaire veut qu'ils aient l'intention de revenir au Manitoba et d'y résider à la fin de leurs études. Les résidents en congé sabbatique ou en congé d'étude seront assurés par Santé Manitoba pour une période allant jusqu'à 24 mois consécutifs. Ces personnes doivent également revenir au Manitoba et y résider à la fin de leur congé.

Pour chacune de ces catégories, l'assurance est assujettie aux montants indiqués dans le Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux (R.M. 48/93). Les services hospitaliers reçus à l'extérieur du Canada en raison d'une urgence ou d'une maladie apparue subitement pendant une absence temporaire du Canada sont payés comme suit :

Les services aux patients hospitalisés sont payés selon un taux quotidien établi d'après le nombre de lits que l'on trouve dans l'hôpital :

- ☐ 1-100 lits : 280 $
- ☐ 101-500 lits : 365 $
- ☐ plus de 500 lits : 570 $

Les services offerts aux patients externes sont payés selon le taux fixe de 100 $ la consultation, ou de 215 $ s'il s'agit d'une hémodialyse.

Étant donné la diversité des hôpitaux que l'on trouve dans les régions rurales et les régions urbaines, le calcul de ces taux est complexe.

Les Manitobains ayant besoin de services hospitaliers jugés nécessaires sur le plan médical et qui ne sont pas offerts au Manitoba ni ailleurs au Canada peuvent être admissibles au paiement des coûts engagés aux États-Unis en fournissant à Santé Manitoba une recommandation de leur spécialiste précisant que le patient a besoin d'un service bien précis et jugé nécessaire sur le plan médical. Les services médicaux reçus aux États-Unis sont payés à un taux qui n'est pas inférieur à 100 pour cent du taux équivalent demandé pour des services semblables fournis au Manitoba. Les services hospitaliers sont payés à un taux pouvant aller jusqu'à 75 pour cent des frais demandés par l'hôpital pour les services assurés. Les services hospitaliers sont payés en devise américaine (articles 15 à 23 du Règlement sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des hôpitaux).

Pendant l'exercice 2003-2004, Santé Manitoba a versé des paiements totalisant environ 2 564 221 $ pour des soins hospitaliers fournis dans des hôpitaux situés à l'extérieur du Canada. Santé Manitoba a, en outre, effectué des paiements s'élevant au total à environ 519 782 $ pour des services médicaux offerts à l'extérieur du Canada.

Dans les cas où Santé Manitoba avait obtenu une approbation préalable pour les services fournis à l'extérieur du Canada et que le paiement était inférieur au montant total facturé pour les services assurés, Santé Manitoba détermine s'il est nécessaire d'accorder des fonds supplémentaires en se fondant sur les besoins financiers.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Il n'est pas nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour les services fournis dans d'autres provinces ou territoires. Une approbation préalable est toutefois requise pour les soins hospitaliers et médicaux facultatifs fournis à l'extérieur du Canada. Pour obtenir l'approbation, le spécialiste médical compétent doit s'adresser à Santé Manitoba.

Aucune modification législative, influant sur la transférabilité, n'a été apportée à la loi ou au règlement au cours de l'exercice 2003-2004.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Santé Manitoba veille à ce que les services médicaux soient assurés en toute équité et à ce que tous les Manitobains y aient un accès raisonnable. À compter du 1er janvier 1999, le Règlement des établissements chirurgicaux (R.M.

222/98) pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie* est entré en vigueur. Il a pour objet d'empêcher les établissements chirurgicaux privés de percevoir des honoraires supplémentaires pour les services médicaux assurés.

En juillet 2001, la *Loi sur l'assurance-maladie*, la *Loi sur les cliniques privées* et la *Loi sur les hôpitaux* ont été modifiées pour favoriser davantage et protéger l'accès du public au système de soins de santé. Les modifications comprenaient :

- des changements aux définitions et à d'autres dispositions de manière à ce qu'aucune facturation ne puisse être présentée aux personnes qui reçoivent des services chirurgicaux assurés ou à toute autre personne en leur nom;
- la garantie qu'un établissement de chirurgie ne puisse effectuer des interventions nécessitant un séjour de plus de 24 heures et, ainsi, fonctionner comme une clinique privée.

Le 10 février 2004, le Manitoba a procédé à l'ouverture officielle de Health Links/Info Santé, un centre d'appels élargi à la fine pointe de la technologie, où 35 préposés peuvent répondre à 300 000 appels par année.

Les Manitobains ont maintenant accès à de l'information essentielle en matière de santé et à de l'assistance en 110 langues, 24 heures par jour, sept jours par semaine.

L'intérêt du public pour Health Links/Info Santé n'a cessé de croître depuis sa création en 1994, alors que le centre comptait six stations. Les Manitobains apprécient ce service. En offrant aux citoyens cette source d'information, on allège la tâche dans d'autres secteurs du réseau de santé, notamment dans les urgences.

Grâce au Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, une enveloppe plurigouvernementale permet de financer la mise en œuvre d'un programme destiné aux patients souffrant d'insuffisance cardiaque congestive. À compter de novembre 2004, on évaluera, dans le cadre de cette initiative de 17 mois, les bénéfices des lignes d'information santé pour gérer les cas de patients atteints de maladie chronique.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Tous les Manitobains ont accès à des services hospitaliers, y compris les soins actifs, les traitements psychiatriques prolongés, les soins de santé mentale, les soins palliatifs, les soins chroniques, l'évaluation et la réadaptation à long terme, ainsi qu'aux établissements de soins personnels. Il y a eu un virage dans les soins, notamment depuis les lits d'hôpital aux services communautaires, aux soins pour malades externes et aux chirurgies d'un jour, lesquels sont aussi des services assurés.

En raison des investissements que le Manitoba a consacrés à l'éducation dans le domaine des sciences infirmières, la pénurie de personnel infirmier que la province connaît a beaucoup diminué au cours de l'année à Winnipeg, et s'améliore aussi dans les régions rurales et nordiques, mais de manière plus graduelle. L'intérêt pour les études en sciences infirmières demeure élevé.

On trouve également au Manitoba un très large éventail d'autres professionnels de la santé. Les pénuries dans certains domaines technologiques comme la médecine nucléaire, la radiation médicale et les technologies de laboratoire sont également problématiques.

À l'heure actuelle, le Manitoba a accès à quatre appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) pour des examens cliniques, tous à Winnipeg. Le premier appareil a été installé en 1990 par la Fondation pour la recherche (Hôpital général Saint-Boniface) et remplacé en octobre 1998. Le deuxième, au Centre des sciences de la santé, est devenu fonctionnel en septembre 1998. Cet appareil s'insérait dans le cadre d'une initiative conjointe avec le Conseil national de recherches (CNR). Un troisième appareil d'IRM est entré en fonction en janvier 2000. Le quatrième et plus récent, situé au Centre des

sciences de la santé, est utilisé depuis mars 2004.

Le Manitoba compte 17 tomodensitomètres : trois au Centre des sciences de la santé (dont un pour les patients du service de pédiatrie), deux à l'Hôpital général Saint-Boniface, ainsi qu'un à chacun des établissements suivants : Victoria General Hospital, Dauphin Regional Health Centre, Thompson General Hospital, Brandon Regional Health Centre, Boundary Trails Health Centre, Misericordia Health Centre, Seven Oaks, Grace et Concordia, et des nouveaux tomodensitomètres installés à Steinbach et à Selkirk. Le plus récent tomodensitomètre, à The Pas, est utilisé depuis octobre 2003. Un des tomodensitomètres au Centre des sciences de la santé a été remplacé et un autre a été amélioré, les deux par des tomodensitomètres à 16 tranches. On trouve en outre des tomodensitomètres à ultrasons dans les établissements de santé de Winnipeg et dans 16 régions rurales et nordiques. Les essais touchant la densité osseuse menés sur deux appareils situés à Winnipeg et à Brandon sont financés par Santé Manitoba.

En mars 2003, CancerCare Manitoba a terminé l'ouverture de son installation de classe mondiale de 205 000 pieds carrés prévue pour le traitement, l'éducation et la recherche et dotée d'un laboratoire sur place pour le Manitoba Institute of Cell Biology. Sept étudiants ont obtenu leur diplôme en janvier 2004 de la Manitoba School of Radiation Therapy, laquelle compte maintenant des salles de classe dans la nouvelle installation CancerCare. Deux de ces étudiants sont demeurés au service de CancerCare Manitoba. Les étudiants suivants obtiendront leur diplôme en janvier 2005.

CancerCare Manitoba propose la curiethérapie de la prostate depuis avril 2003. Ce traitement réduira le nombre de patients inscrits sur les listes d'attente et, par conséquent, l'attente pour la radiothérapie.

La neurochirurgie par scalpel gamma est pratiquée depuis novembre 2003. Cette technologie offre aux patients une option de remplacement à la radiothérapie conventionnelle, aux traitements avec accélérateur nucléaire et à certaines microchirurgies.

Santé Manitoba a contribué à un Fonds d'aide en cas de pénurie de soins cardiaques essentiels afin de permettre aux patients qui ont attendu longtemps une chirurgie médicalement nécessaire de se rendre à l'extérieur de la province pour y être opérés, s'ils le désirent. Aucun patient inscrit sur la liste d'attente pour une chirurgie cardiaque n'a choisi cette option. Des sommes ont été versées aux offices régionaux de la santé pour régler des problèmes précis de capacité, notamment en augmentant les procédés de diagnostic et les chirurgies comme celle de la cataracte, les chirurgies orthopédiques et les chirurgies cardiaques.

Le Manitoba est un partenaire du projet *Western Canada Waiting List*. L'Office régional de la santé de Winnipeg est en train de mettre en œuvre et d'évaluer deux outils élaborés dans le cadre de ce projet, à savoir l'outil de santé mentale des enfants et des adolescents et l'outil de chirurgie générale. L'équipe du projet sur l'outil de santé mentale des enfants et des adolescents a défini des critères permettant de fixer les priorités, et des formulaires ont été enregistrés dans une base de données informatisée. Le personnel du bureau d'inscription centralisé a été formé pour remplir les formulaires en ligne. Les notes assorties aux critères servent à évaluer les besoins des enfants et des adolescents en matière de santé mentale afin de pouvoir définir les priorités.

Mis sur pied en janvier 2004, le groupe de travail sur les soins d'urgence est chargé de formuler des recommandations relatives à l'amélioration tant à court qu'à long terme des soins d'urgence dans les hôpitaux de Winnipeg et d'en superviser l'application.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire

En 2003-2004, Santé Manitoba a continué de mettre en œuvre des initiatives pour améliorer l'accès aux médecins dans les régions rurales et

nordiques de la province. En octobre 2003, le Manitoba a appuyé un processus concerté pour faciliter le recrutement de médecins formés à l'étranger pour travailler dans les régions rurales, malgré des modifications apportées au début de 2003 à la réglementation relative à l'inscription des médecins praticiens. Parmi les enjeux dont devait tenir compte le processus concerté, citons le processus d'immigration et les mesures d'évaluation clinique, de même que d'autres enjeux relatifs aux critères d'admissibilité applicables à l'inscription conditionnelle des médecins.

Le processus concerté aidera, sur le plan logistique, les offices régionaux de la santé à recruter des médecins formés à l'étranger et à éviter le dédoublement des tâches. Il présentera aux candidats médecins les perspectives d'emploi au Manitoba et explorera également les nouveaux marchés qui pourraient s'ouvrir en raison de la nouvelle législation entourant le permis d'exercer des médecins.

Les offices régionaux de la santé du Manitoba ont recruté un coordonnateur des activités de recrutement pour s'occuper de cette initiative entrée en vigueur le 20 octobre 2003.

Le Manitoba continue d'enregistrer de petites augmentations du nombre de nouveaux médecins inscrits auprès de l'organisme de réglementation professionnelle. Pour encourager le maintien en poste des diplômés du Manitoba, la province a continué d'assurer une aide financière aux étudiants et aux résidents. En échange de l'aide financière reçue au cours de sa formation, l'étudiant ou le résident accepte de travailler au Manitoba pendant une période précise après l'obtention de son diplôme. Le programme a été instauré en mai 2001. On compte élargir le programme afin d'inclure des médecins de famille de l'extérieur du Manitoba et des médecins de famille qui ont quitté la province et souhaitent y revenir. On étudie la possibilité de hausser le nombre d'inscriptions au programme de médecine de premier cycle à l'Université du Manitoba; ce sujet est abordé avec le ministère de l'Enseignement postsecondaire et de la Formation professionnelle.

Le réseau de télésanté du Manitoba, sous le leadership de l'office régional de santé de Winnipeg, a instauré l'infrastructure pour relier 23 sites de télésanté de la province. Grâce à ce lien moderne de télécommunications, les patients peuvent consulter des spécialistes et les membres du personnel médical peuvent se consulter entre eux sans avoir à assumer de frais de déplacement et les inconvénients de voyages du Nord à Winnipeg. En septembre 2002, Santé Manitoba a lancé le nouveau site de télésanté du Manitoba à l'Hôpital général Saint-Boniface, reliant officiellement ses spécialistes médicaux aux patients et aux collègues à l'échelle de la province.

5.4 Rémunération des médecins et des dentistes

Le Manitoba continue à employer les modes de paiement suivants pour ses médecins : paiement à l'acte, salaire, paiement à la vacation et combinaison de divers modes.

Le paiement à l'acte demeure le mode de paiement le plus courant parmi les médecins. Toutefois, d'autres modes de paiement constituent une part importante de la rémunération totale des médecins du Manitoba. Les médecins qui sont rémunérés selon d'autres modes de paiement comprennent ceux qui sont salariés (dans une relation employeur-employé) et ceux qui travaillent à contrat. Le Manitoba utilise aussi une combinaison de divers modes de paiement pour combler les honoraires des médecins payés à l'acte dont le revenu n'est pas concurrentiel, mais dont les services demeurent essentiels. En outre, les médecins peuvent recevoir les paiements à la vacation pour dispenser des services médicaux, de même que des allocations lorsqu'ils sont de garde.

Règle générale, des représentants de l'Association médicale du Manitoba et de Santé Manitoba négocient un accord concernant la rémunération des médecins. Des représentants de

Santé Manitoba et de la Manitoba Dental Association participent généralement aux négociations entourant les ententes conclues avec les chirurgiens dentaires, les chirurgiens stomatologistes et les périodontistes.

La *Loi sur l'assurance-maladie* régit la rémunération des médecins et des dentistes et chirurgiens stomatologistes qui offrent des services assurés.

Aucune modification n'a été apportée à la *Loi sur l'assurance-maladie* en 2003-2004.

Santé Manitoba et Manitoba Dental Association ont négocié une entente couvrant la période allant du 1er avril 2002 au 31 mars 2005. Cette entente comprend ce qui suit :

- ☐ hausse du barème d'honoraires pour la chirurgie buccale et maxillo-faciale, la chirurgie dans les cas de bec-de-lièvre et de fissure du palais et pour les assistants en chirurgie (3 pour cent au 1er avril 2002; 3 pour cent au 1er avril 2003; 3 pour cent au 1er avril 2004, non-composé);
- ☐ introduction de 10 nouveaux tarifs;
- ☐ modification de cinq tarifs actuels;
- ☐ suppression de 14 tarifs.

Le 2 juin 2002, Santé Manitoba et l'Association médicale du Manitoba (AMM) ont conclu un Accord d'arbitrage des différends (l'Accord) concernant tant les médecins rémunérés à l'acte que les médecins rémunérés selon d'autres modes de paiement.

Conformément à cet accord, un conseil formé de trois personnes a été constitué en février 2003 pour établir un taux global concernant les services des médecins rémunérés à l'acte.

Le 23 juin 2003, les parties en sont venues à un règlement négocié complet pour tous les médecins rémunérés à l'acte et tous les médecins rémunérés selon d'autres modes de paiement représentés par l'AMM. Ce règlement mettait fin à la procédure d'arbitrage.

Ce règlement confirmait les modalités de l'Accord conclu le 2 juin 2002, notamment :

- ☐ la création d'un fonds pour le maintien en poste des médecins (cinq millions de dollars par année pendant la durée de l'Accord et de l'accord subséquent);
- ☐ le maintien du fonds pour l'assurance responsabilité professionnelle (cinq millions de dollars par année pour les années civiles 2003, 2004, 2005 et 2006);
- ☐ le maintien du fonds destiné à la formation continue en médecine (un million de dollars par année pour les années civiles 2002, 2003 et 2004);
- ☐ la création d'un fonds de prestations de maternité et de congés parentaux (un million de dollars par année pour les années civiles 2002, 2003 et 2004);
- ☐ la création d'un mécanisme pour entreprendre une procédure d'arbitrage relativement à un accord subséquent, moyennant l'envoi d'un avis par l'une ou l'autre des parties au plus tard le 1er janvier 2005;
- ☐ les médecins visés par l'Accord conviennent de ne pas faire d'arrêt de travail, de ne pas réduire leurs services et de continuer à offrir leurs services sans interruption;
- ☐ le maintien de la procédure de règlement des griefs par arbitrage, telle que définie dans l'accord conclu entre les parties relativement au paiement à l'acte le 8 mars 1994.

Voici les faits saillants du règlement négocié conclu le 23 juin 2003 :

- ☐ une période de validité de trois ans allant du 1er avril 2002 au 31 mars 2005;
- ☐ une augmentation générale de 9 pour cent (non composé) du barème de prestations applicable au paiement à l'acte, et aux autres modes de rémunération – 3 pour cent au 1er octobre 2002; 3 pour cent au 1er avril 2003 et 3 pour cent au 1er avril 2004;
- ☐ dix millions de dollars supplémentaires (cinq millions le 1er avril 2003 et cinq millions le 1er avril 2004) ont été appliqués au barème de prestations. De cette somme, sept millions environ ont été appliqués aux tarifs d'honoraire des omnipraticiens. Le solde a servi à combler les écarts dans les honoraires et les revenus d'autres secteurs, comme la rhumatologie, la physiatrie et la gériatrie;

- l'extension des prestations parentales et de maternité à tous les médecins du Manitoba, y compris les internes et les résidents;
- hausse des mesures incitant les omnipraticiens à offrir une gamme complète de services et à conserver leurs droits hospitaliers;
- le coût différentiel de cette hausse était d'environ 38 millions de dollars dans le cas des médecins rémunérés à l'acte (sans tenir compte de la hausse de volume). De ce montant, plus de 50 pour cent était alloué aux tarifs d'honoraire des omnipraticiens;
- des augmentations du tarif applicable aux médecins rémunérés selon un autre mode de rémunération, de l'ordre de 3 pour cent au 1er octobre 2002, 3 pour cent au 1er avril 2003 et 3 pour cent au 1er avril 2004 (non composé) ont également été appliquées en plus des augmentations prévues pour la rémunération à l'acte.

5.5 Paiements aux hôpitaux

La section 3.1 de la Partie 4 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé* énonce les exigences touchant les ententes opérationnelles convenues entre les offices régionaux de la santé et les exploitants d'hôpitaux et de foyers de soins personnels (définis comme des entreprises donnant des soins de santé, aux termes de la loi).

Selon les dispositions prévues dans cette section, il n'est pas permis aux offices régionaux de la santé de fournir des fonds de fonctionnement aux entreprises offrant des soins de santé, à moins que les parties n'aient conclu un accord écrit qui prévoit que les services de santé seront offerts par l'entreprise offrant des soins de santé, que les fonds pour les services de santé, la durée de l'accord ainsi qu'un processus de règlement des litiges et les recours en cas de violation à l'accord seront octroyés par l'office. Si les parties ne peuvent parvenir à un accord, la loi les autorise à demander au ministre de la Santé de nommer un médiateur afin de les aider à régler les questions en suspens. Si la médiation ne permet pas de régler le litige, le ministre est habilité à régler l'affaire ou les affaires litigieuses. La décision que prend le ministre est alors exécutoire pour les parties.

Les offices régionaux de la santé ont conclu les accords nécessaires. Les accords d'exploitation conclus entre l'Office régional de la santé de Winnipeg et les entreprises offrant des soins de santé qui exploitent des établissements à Winnipeg prendront fin le 31 mars 2006. Ces accords d'exploitation permettent à l'Office régional de la santé de déterminer les fonds nécessaires en se fondant sur des preuves matérielles, les pratiques exemplaires et les critères couramment appliqués dans des établissements comparables.

Outre l'Office régional de la santé de Winnipeg, deux autres offices régionaux de la santé ont toujours dans leurs régions de santé respectives des hôpitaux dirigés par des entreprises qui donnent des soins de santé. Dans les autres régions, les hôpitaux sont tous dirigés par les offices régionaux de la santé ou par le gouvernement fédéral. Les accords en vigueur entre les offices régionaux de la santé et les entreprises offrant des soins de santé n'ont pas de date d'expiration. Les offices sont habilités à déterminer les fonds à fournir chaque année.

La répartition des ressources par les offices régionaux de la santé, pour la prestation de services hospitaliers, est approuvée par Santé Manitoba dans le cadre de l'approbation des plans régionaux de santé des offices. Les offices sont tenus de soumettre ces plans au Ministère pour approbation conformément à l'article 24 de la *Loi sur les offices régionaux de la santé*. Aux termes de l'article 23 de la loi, les offices sont tenus d'affecter leurs ressources conformément au plan régional de santé approuvé.

Aux termes du paragraphe 50(2.1) de la *Loi sur l'assurance-maladie*, les paiements du Régime d'assurance-maladie du Manitoba pour les services hospitaliers assurés doivent être versés aux offices régionaux de la santé. Quant aux hôpitaux qui n'appartiennent pas à un office ou qui ne sont pas dirigés par un office, l'office est tenu de payer chaque hôpital conformément à

tout accord conclu entre lui et l'organisme ou la personne qui dirige l'hôpital.

Aucune modification législative influant sur les paiements aux hôpitaux n'a été apportée à la loi ou au règlement au cours de l'exercice 2003-2004.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Dans les documents officiels, le Manitoba reconnaît habituellement les contributions versées par le gouvernement fédéral au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).

7.0 Services complémentaires de santé

Le Manitoba a mis sur pied des programmes de services communautaires destinés à remplacer de façon adéquate les services hospitaliers. Ces programmes de services sont offerts par Santé Manitoba par l'entremise des offices régionaux de la santé. Parmi ces services, mentionnons ceux qui suivent.

Services de foyers de soins personnels

Le Règlement sur l'assurance relative aux services de soins personnels et l'administration des foyers de soins personnels pris en application de la *Loi sur l'assurance-maladie*, autorise la prestation de services aux bénéficiaires des foyers de soins personnels. Ces foyers, privés et non privés, sont agréés dans la province du Manitoba par Santé Manitoba. Les bénéficiaires des foyers de soins personnels payent aussi des frais d'hébergement. Pour l'exercice 2003-2004, les dépenses de fonctionnement totales de Santé Manitoba pour les services de soins personnels se sont chiffrées à 410 806 691 $, le nombre total de lits pour soins personnels autorisés étant de 9 597. De plus, les dépenses estimatives en immobilisations et en équipement se sont élevées à 21 040 157 $.

Services de soins à domicile

Le programme de soins à domicile du Manitoba constitue le plus ancien programme provincial complet de soins à domicile du Canada. Accessible à tous, le programme vise à offrir des services de santé communautaires efficaces, fiables et adaptés afin de favoriser l'autonomie de la personne; d'élaborer des soins appropriés pour favoriser l'intégration communautaire permanente, et permettre de recevoir des soins en établissement lorsqu'il n'y a pas d'autre solution viable. Les services de soins à domicile sont offerts par l'entremise des bureaux locaux des offices régionaux de la santé. Ils comportent une vaste gamme de services fondés sur une évaluation multidisciplinaire des besoins particuliers. Les services peuvent être coordonnés par un coordonnateur de cas ou autogérés (par le client ou sa famille) et peuvent inclure de l'aide pour les soins personnels, un soutien à domicile, des soins de santé, un répit pour la famille, des soins de répit, des fournitures et de l'équipement, des programmes de jour pour les adultes et des services bénévoles.

Services en santé mentale et en toxicomanie

Tous les offices régionaux de la santé offrent des services communautaires en santé mentale. Les travailleurs communautaires en santé mentale procèdent à des évaluations, planifient les services, interviennent à court terme en faisant du counseling, planifient la réadaptation et la récupération, interviennent en cas d'urgence et offrent des services de consultation et d'éducation communautaires. Outre les travailleurs communautaires en santé mentale, certaines régions offrent également divers programmes intensifs de soutien comme la gestion des cas graves, le soutien en milieu de travail, le logement subventionné et, à Winnipeg, le Programme de suivi intensif dans la communauté et le service de prévention hâtive des psychoses et d'intervention.

Les services en toxicomanie sont offerts par l'intermédiaire d'agences financées par le

gouvernement provincial, la plus importante étant la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances. Santé Manitoba assure le financement de plusieurs autres agences travaillant dans le domaine de la toxicomanie. Ces agences s'efforcent de réduire les dommages causés par l'alcool, les autres drogues et le jeu grâce à l'éducation, à la prévention, à la réadaptation et à la recherche.

Soins de santé primaires

En 2003-2004, chaque office régional de la santé a dressé un plan opérationnel régional concernant les soins de santé primaires et l'a présenté au gouvernement du Manitoba.

Les plans se fondent sur les conclusions tirées d'évaluations régionales en santé communautaire, comprennent des stratégies de mise en œuvre et de communication, des résultats mesurables et sont en ligne avec le cadre stratégique provincial sur les soins de santé primaires, approuvé le 9 avril 2002.

Grâce au Fonds fédéral pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) et aux allocations par habitant qui en découlent, Santé Manitoba a mis au point une méthode en deux étapes pour dispenser les soins de santé primaires dans la province.

La première étape portait surtout sur cinq initiatives qui visaient à abattre les obstacles qui nuisent à la prestation efficace des soins de santé primaires et à jeter les bases des futures réformes axées sur les offices régionaux de la santé.

Au cours de la deuxième étape, les sommes obtenues par l'intermédiaire du FASSP ont été allouées à des initiatives entreprises par les offices régionaux de la santé, en partenariat avec leurs principaux partenaires. Dix-sept projets ont été approuvés. Parmi les sujets abordés par les diverses initiatives entreprises, citons l'intégration des services, l'accès communautaire aux soins primaires, la formation pluridisciplinaire, les techniques de gestion du changement, le renforcement des capacités communautaires, la technologie de l'information et l'infrastructure des immobilisations.

Une norme provinciale applicable à la profession de sage-femme, a été introduite en 2002. Cette norme donne une orientation provinciale en ce qui concerne la charge de travail annuelle, les niveaux de service fournis aux clients des populations prioritaires, et les exigences voulant que les sages-femmes soient intégrées au réseau de santé des offices régionaux de la santé. Le Manitoba compte 30 sages-femmes travaillant dans neuf groupes de pratique relevant de la compétence de six offices régionaux de la santé.

En 1999, le gouvernement manitobain a donné son approbation de principe à l'office régional de la santé de Winnipeg pour son concept de Modèle d'accès aux soins de santé, modèle fondé sur les principes de soins de santé primaires. Les principaux éléments des centres prévus sont l'intégration des services, les cliniques de soins primaires et l'infrastructure organisationnelle conçue pour que la population locale puisse accéder en temps voulu à des services efficaces et rentables. Le centre Access River East a ouvert ses portes en février 2004. Les centres Access Transcona et Access Inkster en sont à la planification.

Services de soins de santé ambulatoires

La *Loi sur l'assurance-maladie* renferme une disposition voulant que l'on désigne comme « institution » au sens de la loi les centres de santé ambulatoires (soins primaires) administrés par une autorité publique sans but lucratif.

Personnes inscrites

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#) [1]	1 144 424	1 149 904	1 152 982	1 156 217	1 159 784

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire

Établissements publics	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
2. Quantité (#)					
a. soins actifs	95	95	96	92	92
b. soins chroniques	4 [2]	3 [2]	3 [2]	5 [2]	5 [2]
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible	non disponible
e. total	99	98	99	97	97
3. Paiements ($)					
a. soins de courte durée	non disponible	953 834 797	1 046 407 229	1 148 652 940	1 220 253 362
b. soins chroniques	non disponible	65 153 895	70 872 152	107 840 132	117 642 127
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Établissements privés à but lucratif	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
4. Quantité (#)					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	1	1
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	0	0
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	1	1
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#)					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	0	0
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible	non disponible
6. Paiements totaux destinés aux ($)					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible	1 252 657
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	0	0
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	non disponible	1 252 657

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	915	948	non disponible	954	959
b. spécialistes	939	non disponible	non disponible	1 010	980
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	1 854	non disponible	non disponible	1 964	1 939
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Nombre de médecins qui ne participent pas					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#)					
a. omnipraticiens	5 931 022	6 211 011	6 244 197	6 161 451	6 224 463
b. spécialistes	8 147 749	8 741 628	9 198 787	9 779 269	10 044 381
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	14 078 771	14 952 639	15 442 984	15 940 720	16 268 844
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte ($) :					
a. omnipraticiens	114 868 502	132 200 004	140 703 474	143 846 209	152 393 920
b. spécialistes	178 359 474	199 231 274	214 392 377	221 948 290	232 153 861
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	293 227 976	331 431 278	355 095 851	365 794 499	384 547 781
12. Paiement moyen par frais de service ($) :					
a. omnipraticiens	19.37	21.28	22.53	23.35	24.48
b. spécialistes	21.89	22.79	23.31	22.70	23.11
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. tous les services	20.83	22.17	22.99	22.95	23.64
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
14. Paiements totals effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement ($)					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	416 902 176	467 886 678	496 268 700	521 611 200	559 271 513
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement ($) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. tous les services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	2 571	3 037	2 892	2 714	2 928
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	21 570	29 217	26 479	26 059	31 100
18. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	8 655 520	12 152 757	11 427 627	12 918 117	16 290 426
19. Paiements totaux, consultations externes ($)	2 694 973	4 089 018	3 776 489	3 783 059	4 369 889
20. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	3 366,60	4 001,57	3 951,50	4 759,81	5 563,67
21. Paiement moyen, consultations externes ($)	124,94	139,87	142,60	145,17	140,51
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
22. Quantité de services (#)	183 497	192 272	211 464	212 795	210 294
23. Paiements totaux ($)	5 568 205	6 148 444	7 381 785	7 691 159	7 579 028
24. Paiement moyen par service ($)	30,34	31,98	34,90	36,14	36,00

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	565	567	557	569	418
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	6 053	6 335	6 676	6 025	6 069
27. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	1 028 127	1 065 302	2 008 580	1 847 910	1 348 148
28. Paiements totaux, consultations externes ($)	905 479	2 435 560	3 267 764	914 251	1 216 073
29. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	1 819,69	1 878,84	3 607,40	3 249,89	3 225,00
30. Paiement moyen, consultations externes ($)	149,59	384,46	489,00	151,73	200,00
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
31. Quantité de services (#)	7 116	6 763	6 345	5 826	5 324
32. Paiements totaux ($)	520 712	500 757	529 029	607 066	519 782
33. Paiement moyen par service ($)	73,17	74,04	83,40	104,20	98,00

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
34. Nombre de dentistes participants (#)	105	101	non disponible	116	102
35. Nombre de services fournis (#)	3 318	3 256	3 401	3 455	3 498
36. Paiements totaux ($)	590 125	660 870	677 295	714 590	750 122
37. Paiement moyen par service ($)	177,86	202,97	199,15	206,83	214,44

Notes

1. Données d'après les résidents inscrits au régime d'assurance maladie du Manitoba en date du 1er juin.
2. Comprend les soins prolongés et les soins de réadaptation.

Saskatchewan

Introduction

En 2003-2004, Santé Saskatchewan a continué à progresser vers les buts que le Ministère s'était fixé, tels que décrits dans son plan d'action. En décembre 2001, il a publié le document *Healthy People. A Healthy Province. The Action Plan for Saskatchewan Health Care*. Ce document décrit la vision du Ministère quant à l'avenir des soins de santé et constitue un plan directeur pour la prestation continue de soins de santé accessibles et de qualité en Saskatchewan.

Santé Saskatchewan continue à regarder vers l'avant, à planifier et à établir un système de santé qui puisse garantir l'accès à des services de qualité aujourd'hui et demain. Toutefois, nous savons qu'il faudra tenir compte d'un certain nombre d'enjeux en dressant nos plans, notamment la viabilité du système, le recrutement et le maintien en poste des fournisseurs de soins de santé, l'accès aux services et les changements démographiques.

Santé Saskatchewan joue un rôle de premier plan dans l'élaboration des programmes et des politiques de santé pour la province. Cela nécessite la création de partenariats entre le Ministère, les autorités sanitaires régionales et nos principaux partenaires, soit les organismes communautaires, les associations de professionnels, les institutions d'enseignement postsecondaire, les syndicats, les consommateurs et les ministères des gouvernements provinciaux et fédéral.

Notre priorité absolue est d'améliorer la qualité des soins et des services de santé tout en veillant à ce que notre système de santé demeure viable. En 2003-2004, nous avons progressé en ce sens grâce à des initiatives comme la création et le lancement de *HealthLine*; notre collaboration avec les autorités sanitaires régionales et les organisations de médecins pour mieux gérer l'accès aux soins chirurgicaux en mettant en œuvre le registre des patients en attente de chirurgie et les échéanciers cibles; de nouvelles politiques et initiatives pour favoriser la diversité dans le secteur de la santé; des négociations ayant mené à la hausse de la rémunération des médecins et du personnel infirmier; et bien d'autres réalisations encore.

En 2003-2004, le gouvernement provincial a investi 2,527 milliards de dollars dans les soins de santé. Cela représente une hausse de 184 millions de dollars (7,9 pour cent) par rapport à l'année précédente. Les soins de santé demeurent une priorité pour la population de la Saskatchewan. Le gouvernement répond à cet intérêt en augmentant la part des dépenses en santé à 42 pour cent des dépenses de programmes en 2003-2004. La liste qui suit donne un aperçu des succès obtenus grâce au document *The Action Plan for Saskatchewan Health Care* au cours de l'année dernière :

- *HealthLine* a été lancé en août 2003. Au cours des huit premiers mois de fonctionnement, des infirmières et infirmiers autorisés ont répondu à plus de 40 000 questions sur les soins de santé.
- Au cours de sa première année complète de fonctionnement, le *Health Quality Council* a aidé à améliorer la rentabilité et la responsabilisation du système de santé et à informer le public au sujet de la qualité des services de santé offerts dans la province grâce aux éléments suivants :
  - son premier plan stratégique visant l'amélioration des décisions fondées sur des faits dans le secteur de la santé;
  - la création du réseau d'amélioration de la qualité;
  - la création d'un fonds d'innovation qui a investi 170 000 $ pour appuyer les idées

nouvelles en matière d'amélioration de la qualité.

- ☐ L'accès aux soins chirurgicaux s'est amélioré grâce à la création du registre des patients en attente de chirurgie et des échéanciers cibles.
- ☐ 165 étudiants de premier cycle en sciences infirmières se sont partagés des bourses pour un montant total de 700 000 $ et neuf autres bourses ont été remises à des infirmières autorisées étudiant pour devenir infirmières praticiennes en soins primaires.
- ☐ Plusieurs projets d'immobilisations ont été entrepris et plusieurs se sont terminés en 2003-2004 : le Parkland Regional Care Centre de Melfort; le All Nations Healing Hospital de Fort Qu'Appelle; le Tatagwa View Long-term Care Facility de Weyburn; un établissement conjoint à Île-à-la-Crosse; le centre de maternité et de néonatalité du Regina General Hospital; et le Cypress Hills Regional Hospital.

En 2003-2004, nous avons continué à poser les assises du changement, tel que décrit dans le document *The Action Plan for Saskatchewan Health Care*. La première étape consistait, en 2002-2003, à reconfigurer les 32 districts pour en faire 12 autorités sanitaires régionales. En 2003-2004, celles-ci ont collaboré avec Santé Saskatchewan pour appliquer une meilleure gestion des investissements, en établissant des liens entre dollars et résultats et en faisant la promotion de la qualité et de la responsabilisation.

En 2003-2004, le gouvernement a investi près de 1,7 milliard de dollars dans les autorités sanitaires régionales pour les services hospitaliers, les soins de longue durée et les soins communautaires, les soins primaires et autres services de soins de santé destinés à répondre aux besoins de la population locale :

- ☐ environ 800 000 jours d'hospitalisation;
- ☐ environ 72 000 tests de tomodensitométrie et 12 750 tests d'imagerie par résonance magnétique;
- ☐ environ 94 000 chirurgie, soit environ 258 par jour.

Au Canada, tant le gouvernement fédéral que les gouvernements provinciaux jouent un rôle dans les soins de santé. Le gouvernement fédéral procure des fonds pour soutenir les services sociaux et les services de santé et d'éducation par l'intermédiaire du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Il offre également des services de santé à certains membres de la population (p. ex. anciens combattants, personnel militaire et membres des Premières nations habitant dans les réserves) et veille à la salubrité des aliments et à la sécurité des médicaments au pays. La majorité des autres aspects de la prestation des soins de santé incombe aux gouvernements provinciaux. Santé Saskatchewan définit la politique et les normes applicables aux services de santé et administre le budget annuel de la province consacré à la santé, qui s'élève à près de 2,6 milliards de dollars.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Le gouvernement provincial est responsable du financement des services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés en Saskatchewan et il doit en assurer la prestation. Le paragraphe 6.1 de *The Department of Health Act* autorise le ministre de la Santé à poser les actes suivants :

- ☐ payer en entier ou en partie le coût associé à la prestation des services de santé pour toutes les personnes ou classes de personnes pouvant être désignées par le lieutenant gouverneur en conseil;
- ☐ accorder des octrois ou des subventions aux autorités sanitaires régionales, aux organismes qui donnent des soins de santé ou aux municipalités afin qu'elles assurent la prestation et le fonctionnement des services de santé ou des services de santé publique;
- ☐ payer en entier ou en partie les frais associés à la prestation des services de santé dans toute région sanitaire ou partie de région sanitaire où le ministre juge ces services nécessaires;

- ☐ accorder des octrois ou des subventions à tout organisme de santé, selon que le ministre le juge nécessaire;
- ☐ accorder des octrois ou des subventions afin de stimuler et de favoriser la recherche en santé publique et la réalisation d'enquêtes et d'études dans le domaine de la santé publique.

Les articles 8 et 9 de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* (loi sur l'assurance-maladie de la Saskatchewan) donnent au ministre de la Santé le pouvoir d'établir et d'administrer un régime d'assurance-maladie pour les résidents de la province. *The Regional Health Services Act* (loi sur les services régionaux de santé) donne le pouvoir d'instaurer 12 autorités sanitaires régionales qui remplacent les 32 anciens conseils de district de santé.

Les articles 5 et 11 de *The Cancer Foundation Act* (loi sur la fondation contre le cancer) établissent la mise en place de la Saskatchewan Cancer Agency et donnent à celle-ci le mandat de coordonner un programme de diagnostic, de prévention et de traitement du cancer.

Les mandats du ministère de la Santé, des autorités sanitaires régionales et de la Saskatchewan Cancer Agency pour 2003-2004 sont décrits dans *The Department of Health Act*, la *Regional Health Services Act* et la *Cancer Foundation Act*.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé relève directement du ministre de la Santé, à qui il doit faire rapport de façon périodique sur le financement des services médicaux, hospitaliers et de chirurgie dentaire assurés, ainsi que sur l'administration des fonds destinés à ces services.

L'article 36 de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* stipule que le ministre de la Santé doit soumettre un rapport annuel sur le régime d'assurance-maladie à l'Assemblée législative.

The Regional Health Services Act oblige toutes les autorités sanitaires régionales à soumettre au ministre de la Santé les documents suivants :

- ☐ un rapport sur leurs activités;
- ☐ un ensemble détaillé d'états financiers vérifiés.

L'article 54 de *The Regional Health Services Act* prescrit aussi qu'une autorité sanitaire régionale doit soumettre au ministre tout rapport que le ministre pourrait, le cas échéant, lui demander. Toutes les autorités sanitaires régionales sont tenues de soumettre un plan financier et un plan d'action sur les services de santé au ministère de la Santé de la Saskatchewan.

En vertu de *The Cancer Foundation Act*, la fondation contre le cancer est tenue de soumettre au ministre de la Santé, au cours de chaque exercice financier, un rapport sur ses activités de même qu'un état financier pour l'exercice financier précédent.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur provincial effectue une vérification annuelle des ministères et des organismes gouvernementaux, dont le ministère de la Santé. Cette vérification comprend la vérification des paiements ministériels aux autorités sanitaires régionales, à la Saskatchewan Cancer Agency ainsi qu'aux médecins et aux chirurgiens-dentistes pour les services médicaux et de chirurgie dentaire assurés. Le vérificateur provincial peut aussi effectuer des vérifications auprès des conseils des autorités sanitaires régionales. En se fondant sur les normes professionnelles reconnues, le vérificateur provincial détermine lui-même l'étendue et la fréquence de ces vérifications.

L'article 57 de *The Regional Health Services Act* stipule qu'un vérificateur indépendant, qui possède les compétences requises et qui est nommé à cette fin par l'autorité sanitaire régionale, vérifie au moins une fois par exercice les comptes d'une autorité sanitaire régionale. Chaque autorité sanitaire régionale doit soumettre annuellement au ministre de la Santé un ensemble détaillé d'états financiers vérifiés.

L'article 34 de *The Cancer Foundation Act* stipule que les dossiers et les comptes de la fondation doivent être vérifiés au moins une fois l'an par le

vérificateur provincial ou son représentant désigné.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

The Regional Health Services Act a été adoptée le 1er août 2002 pour remplacer la Health Districts Act en tant qu'autorité pour regrouper les 32 districts de santé existants en 12 autorités sanitaires régionales. L'article 8 de la loi donne en outre au ministre le pouvoir de fournir le financement des autorités sanitaires régionales ou des organismes du secteur de la santé pour fournir des services de santé conformément à la loi.

En vertu de *The Regional Health Services Act*, le ministre peut désigner des établissements (article 10), y compris des hôpitaux, des foyers de soins spéciaux et des centres de santé, et imposer des normes visant la prestation de services dans ces établissements (article 11) par les autorités sanitaires régionales et les organismes donnant des soins de santé qui ont conclu des ententes de services avec une autorité sanitaire régionale.

La loi impose de nouvelles exigences en matière de responsabilisation aux autorités sanitaires régionales et aux organismes offrant des soins de santé. Ceux-ci doivent, en effet, soumettre à l'approbation du ministre des plans annuels opérationnels et financiers ainsi que des plans associés aux services de santé (articles 50-51), mettre en place des réseaux consultatifs communautaires (article 28) et signaler les incidents majeurs (article 58). Le ministre a également le pouvoir d'établir un registre pour les interventions chirurgicales afin de faciliter la gestion des temps d'attente en chirurgie (article 12). Le ministre se réserve le droit de faire enquête sur toute question pertinente (article 59), de nommer un administrateur public, au besoin (article 60), et d'approuver des règlements généraux et sur le personnel exerçant (articles 42 à 44).

Le financement des hôpitaux est compris dans les fonds octroyés aux autorités sanitaires régionales.

En date du 31 mars 2004, les établissements suivants fournissaient des services hospitaliers assurés à des malades hospitalisés et externes :

- soixante-six établissements de soins actifs;
- un hôpital de réadaptation offrait des soins pour le traitement, le rétablissement et la réadaptation de personnes devenues invalides à la suite d'une blessure ou d'une maladie. Des soins de réadaptation sont également offerts dans une unité de réadaptation gériatrique d'un centre hospitalier de soins actifs et dans deux établissements de soins spécialisés.

The Hospital Standards Act (loi sur les normes hospitalières) de 1980 et le règlement connexe ont établi des normes minimales pour les soins ainsi que certaines exigences administratives pour les hôpitaux.

Avec l'adoption de *The Regional Health Services Act*, la Saskatchewan prévoit intégrer les dispositions relatives aux normes des programmes et de l'organisation des hôpitaux à la nouvelle loi, ce qui permettra d'abroger *The Hospital Standards Act* de 1980 et le règlement afférent.

Les hôpitaux fournissent une gamme complète de services assurés, qui peut comprendre :

- l'hébergement en salle commune;
- les services de soins infirmiers nécessaires;
- l'usage d'une salle d'opération et d'une chambre d'attente;
- les matériels et appareils médicaux et chirurgicaux requis;
- les procédés de radiographie, de laboratoire, de radiologie et les autres procédés de diagnostic;
- les installations de radiothérapie;
- les agents anesthésiques et l'usage de matériel d'anesthésie;
- les procédés de physiothérapie;
- tous les médicaments, produits biologiques et préparations semblables administrés à l'hôpital;
- les services rendus par des personnes qui reçoivent une rémunération de l'hôpital.

Le document *The Action Plan for Saskatchewan Health Care* établit de nouvelles catégories d'hôpitaux et présente un ensemble normalisé de services qui doivent être offerts dans chaque hôpital. Les hôpitaux sont regroupés sous les cinq catégories suivantes : hôpitaux communautaires, hôpitaux des régions nordiques, hôpitaux de district, hôpitaux régionaux et hôpitaux provinciaux.

Le plan d'action vise à offrir, entre autres, des services hospitaliers fiables et prévisibles afin que la population sache à quoi s'attendre en tout temps. Même si les genres de services offerts peuvent varier selon l'hôpital, il y a fiabilité et prévisibilité dans les situations suivantes :

- la grande majorité des gens savent quels types de services sont offerts par chaque hôpital;
- ces services sont accessibles lorsqu'ils sont requis.

Le cadre de prestation des services garantira que des services hospitaliers de qualité et prévisibles sont offerts et facilitera le processus décisionnel en matière d'attribution des nouveaux crédits.

En fonction de leur évaluation des besoins en matière de santé de la population qu'elles desservent et des ressources financières dont elles disposent pour les professionnels de la santé, les autorités sanitaires régionales ont le pouvoir de changer leur façon d'offrir les services hospitaliers assurés.

Le processus prévu pour l'ajout d'un service hospitalier à la liste de services couverts par le régime d'assurance-maladie comprend un examen approfondi portant sur des facteurs comme les besoins en services, le volume de services anticipé, les résultats cliniques obtenus par les services proposés et les services de rechange, les exigences en matière de coûts et de ressources humaines, y compris la disponibilité des fournisseurs ainsi que les demandes initiales et permanentes relatives à l'assurance de la compétence. Compte tenu du service particulier demandé, les consultations pourraient faire intervenir plusieurs directions générales de Santé Saskatchewan, de même que des groupes d'intervenants externes comme les régions sanitaires, les fournisseurs de services et le public.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 8 et 9 de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* habilitent le ministre de la Santé à établir et à administrer un régime d'assurance-maladie pour les résidents de la province. Des amendements ont été apportés, en avril 2003, au Physician Payment Schedule (programme de rémunération des médecins) du Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations (règlement sur les paiements au sein du régime d'assurance-maladie de la Saskatchewan) de 1994, conformément à l'entente prise avec la Saskatchewan Medical Association. Ces amendements prévoyaient l'ajout de nouveaux services médicaux assurés, des changements aux niveaux de paiement pour certains services choisis, et la révision de règles de définition ou d'évaluation pour certains services choisis ayant une forte incidence monétaire.

En Saskatchewan, les médecins peuvent fournir des services médicaux assurés s'ils sont autorisés par le College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan et s'ils consentent à accepter le paiement du ministère de la Santé pour les services assurés, sans imposer de surfacturation.

En date du 31 mars 2004, 1 662 médecins détenaient une autorisation d'exercer dans la province et étaient admissibles à participer au régime d'assurance-maladie.

Les médecins peuvent choisir de se retirer du Medical Services Plan (régime de soins médicaux) ou de ne pas y participer, mais, s'ils font ce choix, ils doivent renoncer complètement à tous les services médicaux assurés. Le médecin ayant décidé de se retirer du régime doit aussi informer les bénéficiaires que les services médicaux qui seront fournis ne sont pas des services assurés et que le bénéficiaire n'a pas droit au remboursement de ces services. Une reconnaissance écrite du ou de la bénéficiaire mentionnant qu'il ou elle comprend

l'avertissement que lui a donné le médecin est également requise.

En date du 31 mars 2004, aucun médecin de la Saskatchewan n'avait choisi de se retirer du régime.

Les services médicaux assurés sont les services médicalement nécessaires qui sont rendus par des médecins et qui sont couverts par le régime de soins médicaux du ministère de la Santé et inscrits dans le Physician Payment Schedule, qui fait partie de la réglementation afférente à *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* de 1994 (Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations).

En date du 31 mars 2004, il existait environ 3 000 services médicaux assurés différents.

L'ajout de services médicaux assurés au régime de services médicaux et la modification des règles de définition ou d'évaluation (modernisation) de certains services choisis ayant une forte incidence monétaire se font au cours d'un processus de discussion officielle entre les responsables du régime de soins médicaux et ceux de la Saskatchewan Medical Association. Le directeur administratif de la Medical Services Branch gère le processus d'ajout d'un nouveau service. Lorsqu'un nouveau service médical assuré devient couvert par le régime de services médicaux ou que des modifications importantes sont apportées au Physician Payment Schedule, on apporte obligatoirement un changement au Physician Payment Schedule.

Tout membre du public peut faire des recommandations sur les services médicaux à ajouter au régime de services médicaux, et ce, même si aucune consultation publique officielle n'est effectuée à ce sujet.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes inscrits au College of Dental Surgeons (collège des chirurgiens-dentistes) de la Saskatchewan et désignés par le collège à titre de spécialistes capables d'effectuer des chirurgies dentaires peuvent offrir des services de chirurgie dentaire assurés en vertu du régime de soins médicaux. En date du 31 mars 2004, 94 spécialistes dentaires offraient de tels services.

Des modifications ont été apportés en avril 2003 au Payment Schedule for Insured Services Provided by a Dentist (barème des paiements pour les services assurés offerts par un dentiste) de la Medical Insurance Branch de la Saskatchewan. On a ainsi apporté des changements concernant le paiement de certains services.

Les dentistes peuvent choisir de se retirer du régime de soins médicaux ou de ne pas y participer, mais, s'ils font ce choix, ils doivent renoncer à tous les services de chirurgie dentaire assurés. Le dentiste doit aussi informer les bénéficiaires que les services de chirurgie dentaire qui seront fournis ne sont pas assurés et que le bénéficiaire n'a pas droit au remboursement de ces services. Une reconnaissance écrite du ou de la bénéficiaire mentionnant qu'il ou elle comprend l'avertissement que lui a donné le dentiste est également requise.

En date du 31 mars 2004, aucun dentiste de la Saskatchewan n'avait choisi de se retirer du régime.

Les services de chirurgie dentaire assurés sont les services de chirurgie dentaire qui sont médicalement nécessaires et qui doivent être offerts dans un hôpital. Ces services comprennent, notamment :

- ☐ la chirurgie buccale qui doit être effectuée dans un hôpital et qui est nécessaire à la suite d'un trauma;
- ☐ le traitement des jeunes enfants ayant une fissure palatine;
- ☐ les soins dentaires en milieu hospitalier devant appuyer des soins médicaux ou chirurgicaux (par ex. les extractions lorsqu'elles sont médicalement nécessaires);
- ☐ le traitement chirurgical du dysfonctionnement de l'articulation temporomandibulaire.

Des services de chirurgie dentaire peuvent être ajoutés à la liste de services assurés couverts par le régime de soins médicaux à la suite d'un processus de discussion et de consultation avec

les chirurgiens-dentistes de la province. Le directeur administratif de la Medical Services Branch gère le processus d'ajout d'un nouveau service.

Tout membre du public peut recommander l'ajout de services de chirurgie dentaire au régime de services médicaux, et ce, même si aucune consultation publique officielle n'est tenue à ce sujet.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

En Saskatchewan, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés comprennent, notamment :

- ☐ les services hospitaliers donnés aux malades hospitalisés et externes pour des raisons autres que la nécessité médicale;
- ☐ les frais supplémentaires associés à l'hébergement en chambre privée ou semi-privée non exigé par un médecin;
- ☐ les services de physiothérapie et d'ergothérapie qui ne sont pas fournis par une autorité sanitaire régionale ou en fonction d'un contrat avec celle-ci;
- ☐ les services fournis par des établissements de santé autres que des hôpitaux, à moins que ce ne soit dans le cadre d'une entente avec le ministère de la Santé de la Saskatchewan;
- ☐ les services non urgents de traitement de la cataracte et les services non urgents d'imagerie diagnostique fournis à l'extérieur de la Saskatchewan sans approbation écrite préalable;
- ☐ les services assurés hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire non urgents obtenus à l'extérieur du Canada sans approbation écrite préalable;
- ☐ les services médicaux non urgents qui ne sont pas médicalement exigés;
- ☐ les services de chirurgie dentaire qui ne sont pas médicalement nécessaires ou qu'il n'est pas nécessaire de fournir dans un hôpital;
- ☐ les services couverts par la Saskatchewan Workers' Compensation Board (commission des accidents du travail de la Saskatchewan).

En principe et selon les politiques, les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés sont fournis en fonction d'un besoin clinique évalué. La conformité à ce principe est surveillée de façon périodique au moyen de consultations menées auprès des autorités sanitaires régionales, des médecins et des dentistes. En Saskatchewan, aucuns frais ne sont exigés pour les services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire médicalement nécessaires. Il est permis d'exiger des frais pour de meilleurs services ou produits médicaux seulement si le service ou le produit médical n'est pas jugé médicalement nécessaire. La conformité est surveillée au moyen de consultations menées auprès des autorités sanitaires régionales, des médecins et des dentistes.

S'il détermine que certains services hospitaliers ne sont plus médicalement nécessaires, le gouvernement pourrait ne plus les assurer. Le processus est fondé sur des discussions entre les autorités sanitaires régionales, des praticiens et des fonctionnaires du ministère de la Santé.

Certains services de chirurgie dentaire assurés pourraient ne plus l'être s'ils deviennent non médicalement nécessaires ou s'il n'est plus nécessaire de les fournir dans un hôpital. Le processus est fondé sur des discussions et des consultations avec les chirurgiens-dentistes de la province et géré par le directeur administratif de la Medical Services Branch.

Certains services médicaux assurés pourraient ne plus l'être si on établit qu'ils ne sont pas médicalement nécessaires. Le processus est fondé sur des consultations menées auprès de la Saskatchewan Medical Association et géré par le directeur administratif de la Medical Services Branch.

Si elles sont justifiées, il se pourrait que soient menées des consultations publiques officielles au sujet des services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire qui pourraient ne plus être assurés.

Aucun service de santé assuré n'a été désassuré en 2003-2004.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

The Saskatchewan Medical Care Insurance Act (articles 2 et 12) et les Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations (règlement sur les bénéficiaires et l'administration du régime d'assurance-maladie) établissent l'admissibilité aux services de santé assurés en Saskatchewan. L'article 11 de la loi stipule que tous les résidents de la province doivent s'inscrire au régime des soins de santé. Aucune modification n'a été apportée à cette loi au cours de 2003-2004.

L'admissibilité est limitée aux résidents. Un « résident » est une personne qui est légalement autorisée à résider au Canada, qui établit son domicile en Saskatchewan et qui y est habituellement présente, ou encore toute autre personne déclarée résidente par le lieutenant gouverneur en conseil. Les citoyens canadiens et les résidents permanents du Canada qui viennent d'ailleurs au Canada pour s'établir en Saskatchewan sont généralement admissibles à la couverture offerte par le régime à compter du premier jour du troisième mois suivant leur établissement de résidence en Saskatchewan.

Les Canadiens et les Canadiennes de retour au pays, les familles des membres des Forces canadiennes qui reviennent au pays, les étudiants et les travailleurs étrangers sont admissibles à la couverture offerte par le régime lorsqu'ils établissent leur résidence en Saskatchewan, pourvu que cette résidence soit établie avant le premier jour du troisième mois suivant leur entrée au Canada.

Les catégories de personnes suivantes ne sont pas admissibles aux services de santé assurés en Saskatchewan :

- ☐ les membres des Forces canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les détenus sous responsabilité fédérale, les personnes ayant demandé le statut de réfugié;
- ☐ les visiteurs de la province;
- ☐ les personnes qui sont admissibles à la couverture offerte par leur province ou territoire de résidence pendant la durée de leur séjour en Saskatchewan (par ex. les étudiants et les travailleurs couverts par leur province ou territoire de résidence en vertu de clauses d'absence temporaire).

Toutefois, ces catégories de personnes peuvent devenir admissibles s'il s'agit :

- ☐ de membres des Forces canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada retirés du service, s'ils étaient en poste en Saskatchewan ou résidents de la Saskatchewan à la date de leur retraite;
- ☐ de détenus sous responsabilité fédérale, au moment de leur libération (cela inclut les détenus ayant terminé leur sentence dans un pénitencier fédéral et ceux qui sont en libération conditionnelle et vivent dans la communauté);
- ☐ de personnes ayant demandé le statut de réfugié, sur réception de leur statut de réfugié au sens de la Convention (documents de l'immigration exigés).

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Le processus d'inscription suivant sert à délivrer une carte donnant droit aux services de santé et à inscrire l'admissibilité d'une personne aux services de santé assurés :

- ☐ tout résident (autre qu'un enfant à charge de moins de 18 ans) doit s'inscrire;
- ☐ l'inscription doit avoir lieu immédiatement après l'établissement de résidence en Saskatchewan;
- ☐ l'inscription peut se faire en personne à Regina ou par la poste;
- ☐ chaque personne admissible inscrite se voit remettre une carte en plastique lui donnant droit aux services de santé et portant son numéro de services de santé, numéro unique et permanent composé de neuf chiffres;

- ☐ les cartes sont renouvelées tous les trois ans (les cartes actuelles viennent à échéance en décembre 2005).

Toutes les inscriptions sont fondées sur la famille. Les parents et les tuteurs peuvent inscrire les enfants à charge de moins de 18 ans de leur unité familiale. Les enfants de 18 ans et plus vivant au domicile de leurs parents ou ailleurs doivent s'inscrire eux-mêmes.

Le 30 juin 2003, il y avait 1 007 753 personnes inscrites en Saskatchewan.

3.3 Autres catégories de personnes

Les autres catégories de personnes également admissibles à la couverture des services de santé assurés comprennent les personnes autorisées à entrer et à demeurer au Canada en vertu soit d'un permis de travail, d'un permis de séjour pour étudiants ou d'un permis du ministre délivré par Citoyenneté et Immigration Canada. La famille qui les accompagne peut aussi être admissible à la couverture des services de santé assurés.

Les réfugiés sont admissibles sur confirmation de leur statut au sens de la Convention combinée à un permis de travail ou de séjour pour étudiants, à un permis du ministre ou à un dossier de « résident permanent » (c'est-à-dire d'immigrant ayant obtenu le droit d'établissement).

En date du 30 juin 2003, il y avait 4 622 résidents temporaires inscrits au régime de Santé Saskatchewan.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

En général, les personnes assurées dans une autre province ou un territoire qui déménagent en Saskatchewan sont admissibles à compter du premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence. Cependant, quand l'un des conjoints arrive avant l'autre, l'admissibilité du conjoint arrivé le premier est établie en fonction de la première des dates suivantes : a) celle du premier jour du troisième mois suivant l'arrivée du second conjoint et b) celle du premier jour du treizième mois suivant l'établissement de résidence du premier conjoint.

4.2 Couverture au cours d'absences temporaires (au Canada)

L'article 3 des Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations, règlement afférent à *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act*, établit la transférabilité de l'assurance-maladie fournie aux résidents de la Saskatchewan lorsqu'ils sont absents temporairement de la province, mais qu'ils restent au Canada. Aucune modification n'a été apportée à cette loi au cours de 2003-2004.

La couverture continue pendant une telle période d'absence temporaire est conditionnelle à l'intention de la personne inscrite de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent :

- ☐ études : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation écrite du statut d'étudiant à temps plein, fournie par le registraire, est exigée annuellement);
- ☐ emploi : jusqu'à 12 mois (aucun document requis);
- ☐ vacances et voyage : jusqu'à 12 mois.

L'article 6.6 de *The Department of Health Act* prévoit l'autorisation du paiement des services hospitaliers, à titre de malades hospitalisés, aux bénéficiaires de la Saskatchewan temporairement à l'extérieur de la province. L'article 10 du Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations de 1994 autorise le paiement des services médicaux aux bénéficiaires de la Saskatchewan temporairement à l'extérieur de la province.

Concernant la facturation, la Saskatchewan a conclu des ententes bilatérales réciproques avec toutes les provinces pour les services hospitaliers et avec toutes les provinces, sauf le Québec, pour les services médicaux. Les tarifs payés sont ceux

de la province hôte. Les paiements ou remboursements versés à des médecins du Québec pour des services fournis à des résidents de la Saskatchewan sont effectués selon les honoraires de la Saskatchewan (Saskatchewan Physician Payment Schedule). Toutefois, ils seront effectués au taux du Québec si une approbation préalable a été obtenue. Le taux de facturation réciproque quotidien applicable aux services hospitaliers rendus à l'extérieur de la province a connu une hausse marquée récemment.

En 2003-2004, les dépenses pour les services médicaux assurés fournis dans d'autres provinces ont été de 19,48 millions de dollars et celles pour les services hospitaliers assurés fournis dans d'autres provinces ont été de 36,93 millions de dollars.

4.3 Couverture au cours d'absences temporaires (à l'étranger)

L'article 3 du Medical Care Insurance Beneficiary and Administration Regulations, règlement afférent à *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act*, établit la transférabilité de l'assurance-maladie accordée aux résidents de la Saskatchewan lorsqu'ils sont temporairement absents du Canada.

La couverture continue des étudiants, des travailleurs temporaires et des vacanciers et voyageurs pendant une période d'absence temporaire du Canada est conditionnelle à l'intention de la personne inscrite de retourner résider en Saskatchewan immédiatement après la période d'absence approuvée, selon les modalités qui suivent :

- ☐ étudiants : pour la durée des études dans un établissement d'enseignement reconnu (une confirmation écrite du statut d'étudiant à temps plein, signée par le registraire, est exigée chaque année);
- ☐ emploi : jusqu'à 24 mois (une confirmation écrite de l'employeur est exigée);
- ☐ vacances et voyage : jusqu'à 12 mois.

L'article 6.6 de *The Department of Health Act* comprend les clauses selon lesquelles un résident est admissible à la couverture de l'assurance-santé lorsqu'il est temporairement à l'extérieur du Canada. En résumé, un résident est admissible aux services hospitaliers médicalement nécessaires au tarif de 100 $ par jour pour un malade hospitalisé et de 50 $ par jour pour la visite d'un malade externe.

En 2003-2004, la somme de 728 400 $ a été payée pour les services hospitaliers fournis aux malades hospitalisés et la somme de 373 300 $ a été versée pour les services hospitaliers donnés aux malades externes, à l'extérieur du Canada. En 2003-2004, 583 200 $ ont été versés pour des services assurés donnés par des médecins à l'extérieur du pays.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

À l'extérieur de la province

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvre la plupart des soins hospitaliers et médicaux reçus au Canada par les résidents de la province par le truchement d'une entente de facturation réciproque. Grâce à cette entente, les résidents n'ont pas besoin d'une approbation préalable et ne seront pas facturés pour la plupart des services reçus dans les autres provinces ou territoires au cours de voyages au Canada. Les frais de déplacement, les repas et l'hébergement ne sont pas couverts.

Une approbation préalable est requise pour les services suivants offerts à l'extérieur de la province :

- ☐ traitement pour alcoolisme ou toxicomanie, services de santé mentale et pour joueurs compulsifs;
- ☐ chirurgie de la cataracte, ostéodensitométrie (à l'extérieur des hôpitaux) et imagerie par résonance magnétique (IRM) non urgente, parce que le ministère de la Santé de la Saskatchewan ne couvre habituellement pas ces services s'ils sont obtenus à l'extérieur de la province.

Avant que le ministère de la Santé finance les services reçus par un résident de la Saskatchewan dans une autre province ou un territoire, le spécialiste du patient doit avoir obtenu une approbation préalable du Ministère.

À l'extérieur du pays

Une approbation préalable est requise pour les services suivants offerts à l'extérieur du pays :

- ☐ Si un médecin spécialiste aiguille un patient vers l'extérieur du Canada pour un traitement non disponible en Saskatchewan ou dans une autre province, le spécialiste traitant doit d'abord demander une approbation du régime de soins médicaux du ministère de la Santé de la Saskatchewan. Les demandes de traitement du cancer à l'extérieur du pays doivent être approuvées par la Saskatchewan Cancer Agency. Si l'approbation est accordée, le ministère de la Santé de la Saskatchewan couvrira les frais du traitement, à l'exception de tout élément non couvert en Saskatchewan.
- ☐ Le ministère de la Santé de la Saskatchewan ne couvre pas habituellement les services non urgents, qu'il s'agisse de soins hospitaliers ou médicaux, de services d'optométrie ou de chiropractie. Une approbation préalable est donc requise

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Afin de garantir que des obstacles financiers n'entravent ou n'empêchent pas l'accès aux services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire assurés, il n'est pas permis, en Saskatchewan, que les médecins ou les chirurgiens-dentistes surfacturent ni que les hôpitaux exigent des frais modérateurs pour les services de santé assurés.

Le Saskatchewan Human Rights Code (charte des droits de la personne de la Saskatchewan) interdit la discrimination dans la prestation de services publics (ce qui inclut les services de santé assurés) fondée sur la race, la croyance, la religion, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, la situation de famille, l'état matrimonial, l'invalidité, l'âge, la nationalité, l'ascendance ou le lieu d'origine.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En date du 31 mars 2004, la Saskatchewan comptait 3 015 lits d'hôpital pourvus de personnel dans 66 hôpitaux de soins actifs, y compris une capacité de 2 446 lits pour soins actifs, 236 lits pour soins psychiatriques et 333 autres lits. Le centre de réadaptation de Wascana disposait de 43 lits pour soins de réadaptation et de 205 lits pour soins prolongés. Des soins de réadaptation sont également offerts dans une unité de réadaptation gériatrique d'un centre hospitalier de soins actifs et dans deux établissements de soins spécialisés.

Santé Saskatchewan continue à accorder une priorité absolue au fait de maintenir en poste et d'attirer les intervenants clés en matière de santé, comme les infirmières et infirmiers. Il s'avère difficile de recenser le nombre réel de personnes qui travaillent au sein des professions de la santé étant donné que les gens se déplacent et changent d'emploi, d'horaires de travail, voire de carrière.

On peut mesurer notre effectif en santé en comptant le nombre d'intervenants autorisés dans la province. C'est ce que font les organismes de réglementation des professions en Saskatchewan chaque année. Une bonne partie des données recueillies sont transmises à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), ce qui permet d'effectuer des comparaisons entre les provinces.

Selon les trois organismes de réglementation des soins infirmiers en Saskatchewan, la province comptait 12 063 personnes travaillant en soins infirmiers en 2003, une hausse par rapport aux 11 940 personnes recensées en 2002. Le nombre d'infirmières et d'infirmiers et le rapport infirmières et infirmiers-population provinciale se

sont stabilisés au cours des cinq dernières années. Il s'agit d'une tendance positive. D'autres tendances comme le vieillissement de l'effectif infirmier indiquent que nous devons poursuivre nos efforts de maintien en poste et de recrutement du personnel infirmier.

Il est encourageant de constater que les diplômés en nursing sont plus enclins à rester dans la province. Depuis les deux dernières années environ, notre province a conservé environ 80 pour cent des diplômés issus de notre programme de formation en sciences infirmières.

Le nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés (IA) par habitant en Saskatchewan était de 81,8 pour 10 000 habitants en 2002, taux supérieur à la moyenne canadienne (73,4 pour 10 000 habitants). Cela représente également une légère baisse comparativement à 1998 pour la Saskatchewan (82,4). On constate, en outre, un grand écart entre les taux observés dans l'ensemble du Canada, qui varient de 65 pour 10 000 en Ontario à 117,6 dans les Territoires du Nord-Ouest.

Les initiatives suivantes ont été mises en œuvre pour favoriser le maintien en poste et améliorer le recrutement des fournisseurs de soins de santé en 2003-2004 :

- Un programme de bourses pour les infirmières et infirmiers de 500 000 $ a été offert aux personnes qui étudient pour devenir infirmière ou infirmier autorisé, infirmière ou infirmier auxiliaire autorisé ou infirmière ou infirmier psychiatrique autorisé. La province a instauré des bourses pour infirmière ou infirmier praticien de première ligne à l'intention des personnes qui étudient pour devenir infirmières ou infirmiers praticiens en Saskatchewan.
- Poursuite du programme de sciences infirmières (40 places) dans les régions du Nord à l'intention des étudiantes autochtones offert par l'intermédiaire de la First Nations University of Canada.
- L'accès au Nursing Education Program of Saskatchewan (NEPS) a été amélioré par des mesures d'enseignement à distance, offertes pour la première année au complet du programme. Un deuxième diplôme pour le programme de baccalauréat en sciences infirmières sera offert dès 2005-2006.
- Au cours des trois dernières années, 960 000 $ en tout ont été versés à des projets associés aux lieux de travail de qualité, à l'élargissement du travail occasionnel et au maintien en fonction des diplômés en soins infirmiers. On a évalué les projets pilotes du programme des lieux de travail de qualité et ajouté au programme de nouveaux sites à d'autres endroits de la province.
- Santé Saskatchewan a accordé des fonds aux autorités sanitaires régionales pour le perfectionnement professionnel afin de faciliter l'orientation et l'allègement de la charge de travail des infirmières et des infirmiers qui s'occupent des étudiantes et des étudiants, en plus d'offrir au personnel des autorités sanitaires régionales des ateliers sur la résolution de conflit.
- Santé Saskatchewan a fourni des fonds aux autorités sanitaires régionales pour appuyer la formation sur la sensibilisation des Autochtones dans le réseau de la santé.
- Santé Saskatchewan a entrepris une étude sur les conditions de l'offre et de la demande concernant les disciplines touchant le diagnostic médical. Les résultats seront disponibles à l'automne 2004 et serviront à déterminer les besoins futurs.
- Le Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology (SIAST) offre depuis l'automne 2003 un nouveau programme de cytologie (quatre places).
- Les premiers diplômés en médecine nucléaire d'un programme acheté auprès du Southern Alberta Institute of Technology (SAIT) de Calgary sont entrés sur le marché du travail. Le SAIT continue à accepter quatre étudiants de la Saskatchewan chaque année.
- Le SAIT a également conclu une entente avec la Saskatchewan pour former des inhalothérapeutes pour le marché de la Saskatchewan. Huit étudiants sont acceptés chaque année. Les premiers diplômés seront

prêts à entrer sur le marché du travail en 2004-2005.

- Le rapport sur les ressources humaines du secteur de la santé de 2003, portant sur les fournisseurs de soins de santé travaillant pour les autorités sanitaires régionales de la Saskatchewan, a été déposé.
- Santé Saskatchewan a financé l'exploration des défis à relever et des possibilités à exploiter pour accroître la satisfaction au travail et l'avancement professionnel des infirmières et des infirmiers débutants, et ce, grâce à une progression professionnelle.
- On a élaboré des lignes directrices provinciales en matière de planification des ressources humaines du secteur de la santé; elles serviront d'assise aux futures stratégies et initiatives. On a également défini les attentes en matière de rendement des ressources humaines de même que des indicateurs de rendement qui seront utilisés dans les cadres qui régissent la reddition des comptes entre les principaux tiers et la province.
- Santé Saskatchewan a collaboré avec les Relations gouvernementales et les Affaires autochtones de la Saskatchewan et divers partenaires dans le domaine des soins infirmiers afin d'élargir le Saskatchewan Immigrant Nominee Program aux professions en sciences infirmières.

Outre les infirmières et infirmiers et les médecins, le réseau de la santé compte sur un large éventail de professionnels de la santé pour offrir des services de qualité. Les données sur les inscriptions de ces professionnels, qui comprennent les technologues, les thérapeutes et les pharmaciens, indiquent que le nombre de personnes travaillant en Saskatchewan a augmenté, pour la plupart des professions, depuis les dix dernières années.

En ce qui a trait à la disponibilité de matériel et de services choisis pour le diagnostic, les soins médicaux, la chirurgie et le traitement dans les établissements fournissant les services hospitaliers assurés, Santé Saskatchewan observe ce qui suit :

- Les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) sont situés à Saskatoon (2) et à Regina (1). L'autorité sanitaire régionale de Regina Qu'Appelle a reçu l'approbation pour acquérir un deuxième appareil; elle est en voie de l'acquérir et il devrait être en fonction en 2005-2006.
- Les appareils de tomodensitométrie sont disponibles à Saskatoon (3), à Regina (3), à Prince Albert (1) et à Swift Current et à Moose Jaw (1). En 2003-2004, trois appareils supplémentaires ont été achetés pour les autorités sanitaires régionales suivantes : Five Hills (Moose Jaw), Cypress (Swift Current) et Sunrise (Yorkton). Ces appareils seront fonctionnels en 2004-2005. L'appareil portatif que se partageaient Swift Current et Moose Jaw a été échangé.
- La dialyse rénale est offerte à Saskatoon, à Regina, à Lloydminster, à Prince Albert, à Tisdale, à Yorkton, à Swift Current et à North Battleford. Une autre unité satellite sera en fonction à compter de 2004-2005 à Moose Jaw.
- Des services de traitement du cancer sont offerts par les deux cliniques anticancéreuses de la Saskatchewan Cancer Agency, le Saskatoon Cancer Centre et l'Allan Blair Cancer Agency à Regina. En 2003-2004, environ 4 700 nouveaux patients ont entrepris un traitement anticancéreux. Les deux centres ont procédé à environ 35 000 traitements de radiothérapie et 14 000 traitements de chimiothérapie à des patients de Saskatoon et de Regina.
- Vingt et un sites participent au programme communautaire d'oncologie qui permet aux malades de recevoir de la chimiothérapie et d'autres soins de soutien plus près de leur domicile, tout en maintenant un lien étroit avec les experts des centres anticancéreux de Regina et de Saskatoon. En 2003, plus de 800 patients se sont rendus dans les centres où le programme est offert, pour un total d'environ 6 000 visites.
- Environ 73 pour cent des services de chirurgie sont fournis à Saskatoon et à Regina, où sont

en place des médecins et du personnel spécialisés ainsi que l'équipement permettant d'offrir une gamme complète de services chirurgicaux. Six hôpitaux de taille moyenne situés à Prince Albert, à Moose Jaw, à Yorkton, à Swift Current, à North Battleford et à Lloydminster offrent 22 pour cent de plus de services de chirurgie; les services qui restent sont offerts dans de plus petits hôpitaux de l'ensemble de la province.

- Des liens de télésanté continuent de permettre aux résidents d'un certain nombre de régions rurales et éloignées d'accéder à un spécialiste, à un médecin de famille et à d'autres fournisseurs de services de santé sans qu'ils aient à se déplacer sur de longues distances.

En 2003-2004, un certain nombre de mesures ont été prises pour améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés.

- L'accès aux services d'imagerie médicale spécialisée, notamment les services d'IRM, les tests de tomodensitométrie et de teneur minérale de l'os, ainsi que leur utilisation, ont constamment pris de l'ampleur en Saskatchewan. En 2003-2004, environ 13 000 tests d'IRM et environ 82 000 tests de tomodensitométrie ont été effectués.
- L'accès aux services de dialyse rénale continue de s'améliorer avec l'ouverture prévue à l'automne 2003 d'un centre satellite de dialyse au Battleford's Union Hospital.
- Le Réseau de télésanté du Nord (RTN) s'est avéré un outil efficace pour la consultation clinique et le perfectionnement professionnel dans le nord de la Saskatchewan. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan continue d'appuyer le réseau et a obtenu du financement (d'environ un million de dollars) de Santé Canada dans le cadre du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS) dans le but d'élargir la portée du programme de télésanté dans la province. En date du 31 mars 2004, le réseau de télésanté avait été établi dans 17 sites de 15 communautés.
- Les cliniques consacrées à l'insuffisance rénale chronique établies à l'été 2001 dans les régions de Regina et de Saskatoon continuent de croître. Ces cliniques ont pour objet de retarder la nécessité de la dialyse et de mieux préparer les clients à choisir le traitement – hémodialyse, dialyse péritonéale ou dialyse à domicile, ou encore, transplantation.
- La Cancer Agency est responsable du programme provincial de dépistage du cancer du sein. Le programme de dépistage est réparti entre sept sites dans la province et une unité mobile de mammographie qui se rend dans les communautés qui ne disposent pas d'un site permanent. Le programme permet d'effectuer de 34 000 à 37 000 mammographies par année.
- La Cancer Agency a entrepris la mise en œuvre du programme de dépistage du cancer du col. Voici quelles seront les composantes du programme :
  - un système d'information complet;
  - des stratégies de recrutement et de rappel;
  - des mécanismes de communication des résultats;
  - la gestion de la qualité des soins offerts aux patientes ou aux clientes;
  - un processus d'assurance de la qualité.
- Le programme provincial d'hématologie maligne et de transplantation de cellules souches continue à prendre de l'essor. En 2003-2004, 49 patients atteints d'un cancer du sang agressif ou avancé ou d'un cancer d'un autre système ont reçu une transplantation de cellules souches ou de moelle épinière. Le programme fait maintenant partie des cliniques hématologiques où les résidents en médecine interne de l'Université de la Saskatchewan vont en rotation.

L'achat de biens d'équipement par les autorités sanitaires régionales est conforme aux critères définis dans l'accord sur la santé conclu en février 2003. Les acquisitions réalisées par les autorités sanitaires régionales sont passées en revue pour garantir qu'elles sont cohérentes avec les stratégies et les priorités provinciales en matière de santé et avec les principes de l'accord sur la santé. En 2003-2004, les acquisitions de biens

d'équipement ont permis d'améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique et de chirurgie.

Santé Saskatchewan continue à accorder la priorité à l'amélioration de l'accès aux services de chirurgie et du système chirurgical de la province. Santé Saskatchewan, avec les conseils du Saskatchewan Surgical Care Network (SSCN) (réseau de soins chirurgicaux de la Saskatchewan), dirige plusieurs initiatives visant l'amélioration de la gestion des temps d'attente.

Citons notamment le registre des patients en attente de chirurgie. L'information contenue dans cette base de données complète permet aux responsables du système de soins chirurgicaux de mieux prévoir qui aura besoin de quel type de chirurgie et à quel moment. Le registre facilitera la gestion des listes d'attente, aidera à déterminer la capacité du système et ses besoins en ressources, et réduira le temps d'attente pour les patients. Le registre des patients en attente de chirurgie est utilisé par les autorités sanitaires régionales suivantes : Five Hills (Moose Jaw), Sunrise (Yorkton), Prince Albert Parkland, Prairie North (North Battleford/Lloydminster), Cypress (Swift Current), Regina Qu'Appelle et Saskatoon.

Le ministère de la Santé de la Saskatchewan continue de participer au projet des listes d'attente de l'Ouest du Canada (WCWL) en collaboration avec des organisations partenaires des quatre provinces de l'Ouest. Le projet favorise la collaboration avec les médecins, le public, les autorités sanitaires régionales et les gouvernements en vue d'élaborer et de mettre à l'essai des outils d'évaluation clinique.

Le SSCN a formé un groupe de travail conjoint sur la recherche et l'évaluation, de concert avec le projet des listes d'attente de l'Ouest du Canada, afin d'évaluer officiellement les outils et les procédés d'évaluation des patients. Le groupe de travail se penchera sur la fiabilité et la validité des outils, dans le contexte du procédé général qui combine les résultats de l'évaluation tirés des outils aux profils d'urgence du procédé en question. Le procédé d'évaluation des patients aidera à garantir l'uniformité et l'équité en normalisant les facteurs que les médecins utilisent pour évaluer à quel point leurs patients ont besoin d'une chirurgie. On s'assurera ainsi que les patients dont le besoin de chirurgie est plus urgent sont traités en premier.

En mars 2004, le ministre de la Santé a annoncé la création d'échéanciers cibles en chirurgie. Ces cibles constituent des « objectifs de rendement » que le système de soins chirurgicaux doit atteindre et permettront au système de mieux surveiller et suivre les patients et de faire en sorte qu'ils reçoivent des soins conformes à leurs besoins.

En janvier 2003, l'inauguration du site Web sur les opérations chirurgicales de la province **www.sasksurgery.ca** a eu lieu. Les patients peuvent y obtenir de l'information sur le temps d'attente pour leur intervention particulière. Santé Saskatchewan procède à l'heure actuelle à la refonte de ce site pour qu'il soit plus facile d'y entrer et d'y présenter les données sur le système de soins chirurgicaux tirées du registre des patients en attente de chirurgie. La nouvelle version du site devrait être mise en ligne à l'automne 2004.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En date du 31 mars 2004, la province comptait 1 662 médecins titulaires d'un permis d'exercice de la médecine et admissibles à la participation au régime de soins médicaux. De ce nombre, 946 (56,9 pour cent) étaient des médecins de famille et 716 (43,1 pour cent) des spécialistes. Ce virage vers un plus grand nombre de spécialistes au cours des deux dernières années résulte de l'examen et de la certification par les autorités provinciales de « spécialistes agréés à l'étranger » et de leur inclusion dans la catégorie à laquelle ne figuraient que les spécialistes agréés au Canada.

En date du 31 mars 2004, environ 375 dentistes et chirurgiens-dentistes pratiquaient dans tous les principaux centres de la Saskatchewan. Quatre-vingt-quatorze dentistes offraient des services assurés en vertu du régime de soins médicaux.

En 2003-2004, un certain nombre d'initiatives nouvelles ou en cours visaient à améliorer l'accès aux services médicaux assurés et à réduire les temps d'attente.

- Programme de perfectionnement des spécialistes – Ce programme offre des subventions pouvant aller jusqu'à 80 000 $ par année pour permettre aux spécialistes praticiens de se perfectionner et exige que les médecins s'engagent à retourner à leur travail par la suite.
- Programme pilote d'établissement d'une pratique en région – Ce programme offre des subventions de 10 000 $ aux médecins de famille admissibles qui établissent un cabinet dans un centre régional pour une durée minimale de 18 mois.
- Programme de maintien en poste à long terme – ce programme récompense les médecins qui travaillent dans la province depuis au moins dix ans.
- Programme de couverture des spécialistes de salle d'urgence – ce programme rémunère les médecins spécialistes qui offrent de leur temps pour couvrir la salle d'urgence dans les établissements de soins actifs.
- Programme de formation et de réintégration – ce programme accorde annuellement deux bourses à des médecins de famille pratiquant en milieu rural qui souhaitent suivre une formation spécialisée et exige que les médecins s'engagent à retourner à leur travail par la suite.
- Fonds de recrutement et de maintien en poste des spécialistes – Ce programme offre des bourses aux résidents admissibles qui suivent une formation spécialisée pendant une période maximale de trois ans, en échange d'un engagement à pratiquer.
- Coordonnateur du recrutement des médecins – le coordonnateur du recrutement des médecins assiste les autorités sanitaires régionales et les médecins dans le recrutement de médecins.
- Programme de couverture des salles d'urgence et de répit pendant les fins de semaine – les médecins pratiquant en milieu rural sont soutenus par un programme intégré de couverture des salles d'urgence et de répit pendant les fins de semaine qui sert à rémunérer les médecins qui couvrent les salles d'urgence dans les régions rurales et à aider les communautés qui disposent de moins de trois médecins à embaucher d'autres médecins pour donner un répit au cours des fins de semaine aux médecins en place.
- Programme de subventions pour l'établissement d'une pratique en milieu rural – ce programme offre des subventions de 18 000 $ aux médecins formés au Canada ou admis comme immigrants qui établissent, pour un minimum de 18 mois, de nouveaux cabinets dans les régions rurales de la Saskatchewan.
- Programme de bourses d'études pour médecins résidents – ce programme fournit des bourses d'études de 25 000 $ à des médecins de famille résidents afin de les aider à faire face aux dépenses associées à la formation médicale en retour d'un engagement à pratiquer en milieu rural.
- Programme de bourses d'études pour étudiants en médecine du premier cycle – ce programme offre une bourse annuelle de 15 000 $ aux étudiants en médecine qui, en retour, s'engagent par écrit à pratiquer dans une communauté rurale.
- Programme de formation pour l'amélioration de la pratique en milieu rural – ce programme fournit un remplacement du revenu aux médecins pratiquant en milieu rural et une assistance aux médecins résidents qui désirent suivre une formation spécialisée dans un domaine en demande dans les régions rurales de la Saskatchewan. Un engagement de retour au travail est exigé.
- Programme d'enseignement médical continu portant sur les urgences en milieu rural – ce programme fournit des fonds aux médecins pratiquant en milieu rural désireux d'obtenir ou de renouveler une attestation de certification de leurs compétences en soins d'urgence et en gestion du risque. Les médecins acceptés sont tenus d'offrir leurs services dans une région rurale de la Saskatchewan après avoir terminé un programme de formation.

- Programme de service de suppléance – la Saskatchewan Medical Association reçoit un financement pour offrir un service de suppléance afin d'accorder un répit aux médecins des régions rurales lorsqu'ils prennent un congé pour des vacances, de la formation ou pour toute autre raison.
- Programme des services d'autres modes de paiement et de soins primaires – un soutien est accordé aux initiatives incitant les médecins à recourir à des professionnels de la santé associés et favorisant l'amélioration de l'intégration des services médicaux aux autres services communautaires.
- Programme de services médicaux du Nord – ce programme est une démarche tripartite du ministère de la Santé de la Saskatchewan, de Santé Canada et de l'Université de la Saskatchewan pour aider à stabiliser la disponibilité en médecins dans le nord de la Saskatchewan.
- Programme rural de congé prolongé – ce programme vient en aide aux médecins pratiquant en milieu rural qui veulent mettre à jour leurs compétences et leurs connaissances dans des domaines comme l'anesthésie, l'obstétrique et la chirurgie, en leur remboursant les frais de scolarité et le manque à gagner pour une période allant jusqu'à six semaines.
- Programme d'aide de voyage en milieu rural – ce programme fournit une aide de voyage aux médecins des régions rurales qui participent à des activités éducatives.
- Réseau de télésanté du Nord – ce réseau de télésanté fournit aux médecins des régions éloignées ou isolées un accès à des collègues, à une expertise spécialisée et à de l'éducation permanente.

5.4 Rémunération des médecins

Le processus de négociation avec les médecins et les dentistes des ententes sur la rémunération des services assurés est décrit à l'article 48 de *The Saskatchewan Medical Care Insurance Act* comme suit :

- un comité d'étude de la rémunération médicale est mis sur pied dans les quinze jours suivant l'émission soit par la Saskatchewan Medical Association ou le gouvernement de l'avis de commencer les discussions sur une nouvelle entente;
- chaque partie ne doit pas nommer plus de six représentants au comité;
- l'objectif du comité est de préparer une entente satisfaisante pour les parties en ce qui concerne les services assurés;
- dans l'impossibilité de parvenir à une entente satisfaisante, la question peut être renvoyée au conseil d'étude de la rémunération médicale, formé d'une personne nommée par chaque partie; ces personnes choisissent, tour à tour, un troisième membre;
- le conseil a le pouvoir de prendre des décisions qui lient les parties en cause.

En juin 2003, une nouvelle entente de trois ans (rétroactive au 1er avril 2003) a été négociée avec succès avec la Saskatchewan Medical Association. Elle prévoit une hausse de 8,3 pour cent par année au Physician Payment Schedule, applicable à compter du 1er octobre 2003, et des hausses de 6 pour cent le 1er avril 2004 et le 1er avril 2005. Des hausses similaires ont aussi été octroyées aux médecins non rémunérés à l'acte. Parmi les autres éléments de l'entente, citons un total de 11,2 millions de dollars pour les programmes de recrutement et de maintien en poste, et 3 millions de dollars par année pour les nouveaux éléments et la modernisation du barème des paiements.

L'article 6 des Saskatchewan Medical Care Insurance Payment Regulations (1994) décrit l'obligation du ministre de la Santé d'effectuer le paiement des services assurés conformément au Physician Payment Schedule et au Dentist Payment Schedule.

La formule de rémunération à l'acte est la méthode de rémunération des médecins la plus largement utilisée pour les services de santé assurés en Saskatchewan, bien qu'on utilise aussi les méthodes de rémunération à la vacation, de paiement de salaire, de paiement par capitation et

une combinaison de ces méthodes. La méthode de rémunération à l'acte est le seul mécanisme de paiement des dentistes pour les services de chirurgie dentaire assurés. Au total, les dépenses pour les programmes et les services médicaux offerts dans la province se sont élevés à 465,5 millions de dollars en 2003-2004, soit 303,3 millions pour la facturation à l'acte, 20,4 millions pour les programmes de couverture des salles d'urgence, 125,4 millions pour les services non rémunérés à l'acte et 16,3 millions pour les programmes de la Saskatchewan Medical Association tels que décrits dans l'accord.

5.5 Paiements aux hôpitaux

En 2003-2004, le financement versé aux autorités sanitaires régionales a été établi à partir des niveaux de financement antérieurs corrigés en fonction de l'inflation, des coûts des conventions collectives et des hausses d'utilisation. Chaque autorité sanitaire régionale reçoit un budget global et a la responsabilité d'affecter les fonds de manière à répondre aux besoins en services et aux priorités déterminés au moyen de ses processus d'évaluation des besoins.

Les autorités sanitaires régionales peuvent recevoir des fonds additionnels pour la réalisation de programmes hospitaliers spécialisés (par ex. la dialyse rénale, les services spécialisés d'imagerie médicale, les services respiratoires spécialisés) ou pour la prestation de services aux résidents d'autres régions sanitaires.

Les paiements aux autorités sanitaires régionales pour la prestation de services sont effectués en vertu de l'article 8 de *The Regional Health Services Act*. Cette loi donne au ministre de la Santé le pouvoir d'accorder des subventions aux autorités sanitaires régionales et aux organismes fournisseurs de soins de santé pour les besoins de la Loi et d'organiser la prestation des services dans l'une ou l'autre des régions de la Saskatchewan, s'il y va de l'intérêt public de le faire.

Les autorités sanitaires régionales produisent un rapport annuel sur les résultats financiers totaux de leurs opérations.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement de la Saskatchewan a reconnu publiquement les contributions fédérales fournies au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans le rapport annuel de 2003-2004 du ministère de la Santé, le budget annuel 2003-2004 et dans les documents connexes, dans ses comptes publics 2003-2004 et dans ses rapports financiers trimestriels et de mi-année. Ces documents ont été déposés à l'Assemblée législative et mis à la disposition des résidents de la Saskatchewan.

Les contributions fédérales ont aussi été reconnues par l'entremise du site Web du ministère de la Santé de la Saskatchewan, de communiqués de presse, de documents de discussion, de discours et de remarques faites au cours de diverses conférences, réunions et tribunes sur la politique publique. L'aide financière fédérale a également été reconnue dans les rapports d'étape du plan d'action publiés au printemps et à l'automne de 2002.

7.0 Services complémentaires de santé

En date du 31 mars 2003, le gouvernement provincial offrait un éventail de services de santé complémentaires, dont des services de soins en établissement de longue durée pour les résidents de la Saskatchewan, certains services de santé communautaires tels que les soins à domicile, ainsi qu'un large éventail de programmes en matière de santé, de soutien social, de santé mentale, de traitement de la toxicomanie et de prestations pharmaceutiques.

Services de soins courants dans les foyers de soins infirmiers

- ☐ Les foyers de soins spéciaux assurent des services de soins de longue durée pour

répondre aux besoins des personnes qui nécessitent surtout des soins assidus. On y offre des soins et de l'hébergement, des soins de relève, des programmes de jour, des soins de nuit, des soins palliatifs et, dans certains cas, des services de convalescence. Ces établissements sont financés par l'État par l'entremise des autorités sanitaires régionales et sont régis conformément à *The Housing and Specialcare Homes Act* et au règlement afférent.

- Les services de santé publique des autorités sanitaires régionales prévoient l'immunisation des résidents des établissements de soins de longue durée et d'autres établissements résidentiels semblables en vertu du programme provincial d'immunisation. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan achète les vaccins et les offre gratuitement aux services de santé publique. La mesure s'applique aux vaccins antigrippal et antipneumococcique.

Services de soins à domicile

- Le programme de soins à domicile représente une option pour les personnes qui ont une maladie ou une invalidité de courte ou de longue durée qui peuvent demeurer dans leur propre maison plutôt qu'être admises dans un établissement de soins. Le programme de soins à domicile est conçu pour fournir des soins et des services aux personnes qui nécessitent des soins palliatifs, des soins de courte durée ou de soutien. Les services comprennent l'évaluation et la coordination des soins, des soins infirmiers, des soins personnels, des soins de relève, des services d'entretien, de repas, d'entretien ménager, des services thérapeutiques et bénévoles. L'option de financement individualisé prévoit le versement d'un financement directement aux personnes afin qu'elles puissent organiser et gérer leurs propres services de soutien. Le programme de soins à domicile est régi par *The Regional Health Services Act*.

Service de soins ambulatoires

- Les autorités sanitaires régionales de la Saskatchewan offrent aux collectivités une gamme complète de services de santé mentale et de services aux alcooliques et aux toxicomanes. Les services de santé mentale sont offerts conformément à *The Mental Health Services Act*.
- Les autorités sanitaires régionales de la Saskatchewan offrent des services de podologie qui comprennent des services d'évaluation, de consultation et de traitement. Le règlement sur les services de podologie de *The Department of Health Act* autorise les podologues et les podiatres à autoréglementer leur profession.
- Les autorités sanitaires régionales de Regina/Qu'Appelle et Saskatoon offrent un programme de prothèses auditives qui comprend des services d'examen de l'acuité auditive, d'évaluation des enfants à risque, ainsi que de vente, d'ajustement et d'entretien de prothèses auditives. *The Hearing Aid Act* et le règlement afférent et *The Regional Health Services Act* régissent ces programmes.
- Des thérapies de réadaptation, y compris des services d'ergothérapie, de physiothérapie et d'orthophonie, sont offertes par les autorités sanitaires régionales et viennent en aide à des gens de tous les âges afin d'améliorer leur indépendance fonctionnelle. Les services, qui comprennent l'évaluation, la consultation et le traitement, sont offerts dans des hôpitaux, des centres de réadaptation, des établissements de soins prolongés, des centres de santé communautaire, des écoles et des résidences privées. Ces programmes sont administrés conformément à *The Regional Health Services Act* et au Community Therapy Regulations, en vertu de la *Department of Health Act*.

Services offerts dans des établissements de soins spéciaux pour adultes

Services de santé mentale

- Des programmes d'appartements et des foyers de groupe offrent un continuum de soutien et

d'aide aux activités de la vie aux personnes atteintes d'une maladie mentale de longue durée. Ces programmes sont régis par *The Residential Services Act*.

- Le ministère de la Santé de la Saskatchewan, en partenariat avec l'autorité sanitaire régionale de Heartland, offre un programme de réadaptation aux personnes et aux familles aux prises avec des troubles de l'alimentation. Le centre BridgePoint, régi par *The Non-profit Corporations Act* (1995) et *The Co-operatives Act* (1996), offre ce programme.

Services aux alcooliques et aux toxicomanes

- La prestation des services aux alcooliques et aux toxicomanes relève habituellement de la *Regional Health Services Act*. Les établissements qui offrent des services résidentiels aux alcooliques et aux toxicomanes sont autorisés comme il est mentionné ci-dessous. Le ministère de la Santé de la Saskatchewan ou les autorités sanitaires régionales passent des ententes de services avec des organisations communautaires et sans but lucratif régies par *The Non-profit Corporations Act*.
- Les services de désintoxication fournissent un environnement sûr et positif dans lequel le client peut entreprendre un processus de sevrage de l'alcool ou d'autre drogue et de stabilisation. Hébergement, repas et groupes d'entraide sont offerts pour une période maximale de dix jours. Les permis d'exercice des services de désintoxication sont régis par le Adult and Youth Group Homes Regulations de *The Housing and Specialcare Homes Act*.
- Des services hospitaliers sont offerts aux personnes qui ont besoin d'un programme de rétablissement intensif en raison de leur propre consommation d'alcool ou de drogues ou de celle d'autres personnes. Les services offerts comprennent des évaluations, des consultations, des programmes d'éducation et d'entraide pour une période de quatre semaines ou plus selon les besoins de la personne. Les permis d'exercice des services hospitaliers sont régis par le Adult and Youth Group Homes Regulations de *The Housing and Special-care Homes Act*.
- Les services d'hébergement de longue durée offrent des programmes de maintien et de transition pour une période prolongée aux personnes aux prises avec une chimiodépendance et une toxicomanie. Ces établissements offrent des services de consultation, des programmes d'éducation et de prévention des rechutes dans un environnement sûr et positif. Les permis d'exercice des services d'hébergement de longue durée sont régis par le Adult and Youth Group Homes Regulations de *The Housing and Special-care Homes Act*.

	Personnes inscrites				
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	1.041.256	1.021.762	1.024.788	1.024.827	1.007.753

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
2. Quantité (#)					
a. soins actifs	71	68	66	65	66
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	72	69	67	66	67
3. Paiements ($)					
a. soins de courte durée	619.538.151 [1]	680.326.246 [1]	720.174.393 [1]	non disponible	811.561.671 [2]
b. soins chroniques	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	36.824.546	38.249.010	39.656.384	non disponible	non disponible [3]
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	656.362.697	718.575.258	759.830.777	non disponible	811.561.671
Établissements privés à but lucratif	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
4. Quantité (#)					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#)					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
6. Paiements totaux destinés aux ($)					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	940	1.016	937	936	946
b. spécialistes	610	593	696	700	716
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1.550	1.609	1.633	1.636	1.662
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#)					
a. omnipraticiens	6.785.673	6.873.539	6.760.156	6.631.582	6.719.074
b. spécialistes	3.163.046	3.250.953	3.700.801	3.637.879	3.688.232
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	9.948.719	10.124.492	10.460.957	10.269.461	10.407.306
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte ($)					
a. omnipraticiens	133.042.948	134.989.267	137.541.402	139.410.263	147.068.263
b. spécialistes	125.735.201	129.470.569	144.566.069	151.061.558	157.468.972
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	258.778.149	264.459.836	282.107.471	290.471.821	304.537.235
12. Paiement moyen par frais de service ($)					
a. omnipraticiens	19.61	19.64	20.35	21.02	21.89
b. spécialistes	39.75	39.83	39.06	41.52	42.69
c. autres	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
d. tous les services	26.01	26.12	26.97	28.29	29.26
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) [1]					
a. médicaux	6.028.070 [1]	6.071.567 [1]	6.017.477 [1]	5.786.055 [1]	5.841.196 [1]
b. chirurgicaux	723.626 [1]	787.655 [1]	994.321 [1]	984.405 [1]	998.297 [1]
c. diagnostics	2.312.806	2.288.038	2.262.259	2.179.286	2.174.220
d. autres	884.417 [1]	977.232 [1]	1.186.903 [1]	1.317.715 [1]	1.393.593 [1]
e. total	9.948.719	10.124.492	10.460.957	10.269.461	10.407.306
14. Paiements totals effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement ($) [1]					
a. médicaux	148.848.496 [1]	151.152.270 [1]	160.742.594 [1]	162.032.557 [1]	170.595.840 [1]
b. chirurgicaux	50.843.890 [1]	51.681.286 [1]	56.027.014 [1]	58.596.690 [1]	60.515.275 [1]
c. diagnostics	41.503.336	43.216.810 [1]	44.488.404	48.355.683 [1]	51.280.830 [1]
d. autres	17.582.427 [1]	18.409.471 [1]	20.849.458 [1]	21.486.890 [1]	22.145.286 [1]
e. total	258.778.149	264.459.837	282.107.470	290.471.821	304.537.231
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement ($) [1]					
a. médicaux	24.69 [1]	24.90 [1]	26.71 [1]	27.99 [1]	29.21 [1]
b. chirurgicaux	70.26 [1]	65.61 [1]	56.35 [1]	59.52 [1]	60.62 [1]
c. diagnostics	17.95 [1]	18.89 [1]	19.67	22.19 [1]	23.59 [1]
d. autres	19.88 [1]	18.84 [1]	17.57 [1]	16.31 [1]	15.89 [1]
e. tous les services	26.01	26.12	26.97	28.29	29.26

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	4,917	4,527	4,692	4,422	4,561
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	43,296	46,199	45,320	50,401	45,510
18. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	21,235,200	20,208,100	22,037,200	23,447,100	30,528,100
19. Paiements totaux, consultations externes ($)	5,622,500	6,046,600	5,836,500	7,144,800	6,405,900
20. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	4,318.73	4,463.91	4,696.76	5,302.37	6,693.29
21. Paiement moyen, consultations externes ($)	129.86	130.88	128.78	141.76	140.76
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
22. Quantité de services (#)	392,400	425,800	444,430	458,100	509,784
23. Paiements totaux ($)	12,237,200	13,767,600	15,520,000	16,948,900	19,477,300
24. Paiement moyen par service ($)	31.19	32.33	34.92	37.00	38.21

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	380	272	252	287	231
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	1,553	1,369	1,172	1,049	875
27. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	1,891,000	1,039,500	1,009,400	1,891,800	728,400
28. Paiements totaux, consultations externes ($)	481,600	377,600	375,900	359,400	373,300
29. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	4,976.32	3,821.69	4,005.56	6,591.64	3,153.25
30. Paiement moyen, consultations externes ($)	310.11	275.82	320.73	342.61	426.63
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
31. Quantité de services (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
32. Paiements totaux ($)	1,186,900	722,400	588,100	1,129,300	583,200
33. Paiement moyen par service ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
34. Nombre de dentistes participants (#)	97	92	94	94	94
35. Nombre de services fournis (#)	18,100	19,900	18,900	18,500	18,300
36. Paiements totaux ($)	1,309,000	1,404,700	1,275,400	1,264,200	1,345,900
37. Paiement moyen par service ($)	72.32	70.59	67.48	68.34	73.55

Notes

1. En fonction des sommaires de financement du gouvernement provincial fournis aux anciens districts de santé.
2. Cette somme comprend le financement prévu du gouvernement aux autorités sanitaires régionales (RHA) (basé sur les dépenses totales prévues moins les revenus de source non gouvernementale), tel qu'indiqué à Saskatchewan Health dans les plans opérationnels annuels des RHA. - Le financement des soins actifs comprend : services de soins actifs; services hospitaliers spécialisés; services offerts par des spécialistes en milieu hospitalier. - Ne comprend ni les soins de réadaptation en milieu hospitalier, ni la santé mentale en milieu hospitalier, ni les services de traitement des toxicomanies. - Ne comprend pas les paiements à la Saskatchewan Cancer Agency pour les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie aux patients non hospitalisés.
3. Pour l'instant, aucune information annuelle comparable n'est offerte.
4. Rémunération à l'acte seulement.
5. Comprend les visites, les soins hospitaliers et la psychothérapie.
6. Comprend les chirurgies, l'assistance chirurgicale, les soins obstétriques, l'anesthésie.
7. Comprend les rayons X, les services de laboratoire, les diagnostics.
8. Comprend l'imposition de frais supplémentaires, les primes, les services médicaux sur appel.

Alberta

Introduction : le système de santé de l'Alberta

L'Alberta offre des services médicalement nécessaires et assurés dans le cadre d'un système public qui respecte les principes de la *Loi canadienne sur la santé* : gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité. Les services médicalement nécessaires comprennent les soins hospitaliers, les services médicaux ainsi que des services particuliers offerts par des chirurgiens dentistes et d'autres professionnels des soins dentaires.

L'Alberta offre aussi une protection complète ou limitée à l'égard d'autres services de santé non prescrits par la *Loi canadienne sur la santé*, notamment :

- les soins à domicile et les soins de longue durée;
- les services de santé mentale;
- les soins dentaires et les lunettes pour les bénéficiaires de la *Alberta Widow's Pension* (pension de l'Alberta aux personnes veuves) et les personnes admissibles à leur charge;
- les soins palliatifs;
- des programmes d'immunisation à l'intention des enfants;
- des services paramédicaux comme l'optométrie (pour les résidents âgés de moins de 19 ans ou de plus de 64 ans), la chiropractie et la podologie;
- l'assurance-médicaments, par l'entremise de l'Alberta Blue Cross;
- Alberta Aids to Daily Living (des aides de l'Alberta pour les activités quotidiennes).

Régie du système de santé

Le système de santé de l'Alberta est défini dans un texte de loi et régi par le ministre de la Santé et du Mieux-être. La *Regional Health Authorities Act* prévoit que les autorités régionales de la santé rendent compte au ministre de la prestation de services de soins hospitaliers actifs, des soins communautaires et de longue durée, de la protection de la santé publique et des services promotionnels de même que d'autres services connexes. La *Alberta Cancer Board Act* prévoit que le Alberta Cancer Board (conseil sur le cancer de l'Alberta) rend compte au ministre de la prestation des soins de lutte contre le cancer, de services d'éducation et de recherches. Le Alberta Mental Health Board (conseil sur la santé mentale de l'Alberta) conseille le ministre concernant les questions de stratégie et de politique relatives aux programmes et aux services en santé mentale. La législation albertaine sur la santé est affichée à l'adresse suivante : **http://www.health.gov.ab.ca/about/minister/legislation.html**.

Faits marquants survenus en 2003-2004

Le 1er avril 2003, la responsabilité et le financement des services de santé mentale ont été transférés de l'Alberta Mental Health Board aux autorités régionales de la santé. Les limites territoriales des autorités régionales de la santé ont été modifiées; le nombre des autorités est passé de 17 à neuf. Le service d'information téléphonique HealthLink Alberta a été lancé. Ce service fournit aux Albertains de l'information et des conseils. Le ministère albertain de la Santé et du Mieux-être, la Alberta Medical Association et les autorités régionales de la santé ont conclu une entente trilatérale de huit ans. L'entente prévoit de nouvelles dispositions incitatives et compensatoires favorisant des programmes innovateurs dans le domaine des soins primaires, des services médicaux sur appel et l'automatisation de l'exercice de la médecine. Le ministère de la Santé et du Mieux-être mentionne

d'autres événements importants dans son rapport annuel 2003-2004 affiché à l'adresse suivante : **http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/AR03_04/index.html**.

1.0 Gestion publique

1.1

Le régime d'assurance-maladie de l'Alberta est géré par l'État conformément à la *Loi canadienne sur la santé*. Depuis 1969, la *Alberta Health Care Insurance Act* régit les activités du régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Le ministère de la Santé et du Mieux-être administre le régime au titre d'un service public non lucratif.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être inscrit les résidents albertains admissibles à la protection d'assurance que prévoit le régime et indemnise les médecins et les dentistes qui ont fourni des services assurés conformément aux ententes négociées, au barème des prestations médicales et au barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale. Le ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta finance également les autorités régionales de la santé et les conseils provinciaux qui assurent la prestation de services hospitaliers assurés.

1.2 Liens hiérarchiques

Le régime d'assurance-maladie de l'Alberta relève entièrement du ministre de la Santé et du Mieux-être et est géré par les fonctionnaires du Ministère.

Chaque année, le Ministère produit un rapport annuel qui documente les principales activités du système de soins de santé, notamment le régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Le rapport annuel comprend les états financiers consolidés de l'exercice précédent. Il présente également de l'information sur les réalisations et les résultats principaux par rapport aux mesures de rendement et aux cibles clés prévues dans le plan d'activités de l'exercice précédent. Le rapport annuel 2003-2004 du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta est affiché à l'adresse suivante : **http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/AR03_04/index.html**.

Le Ministère publie également un supplément statistique annuel sur les données concernant le régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Le supplément statistique est affiché à l'adresse suivante : **http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/AHCIPStatSupR03.PDF**.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général de l'Alberta vérifie les livres comptables et les états financiers du ministère de la Santé et du Mieux-être.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

En Alberta, sauf pour les centres anticancéreux, les autorités régionales de la santé rendent compte au ministre de la prestation des services hospitaliers assurés. La *Hospitals Act*, le *Hospitalization Benefits Regulation* (AR244/90), la *Health Care Protection Act* et le *Health Care Protection Regulation* définissent la façon dont les services assurés sont fournis par les hôpitaux ou les établissements de chirurgie désignés. Aux termes de la loi, le ministre doit approuver tous les établissements hospitaliers et ceux où se pratiquent des chirurgies.

Les services dont la prestation est assurée par des hôpitaux autorisés de l'Alberta vont des niveaux de services de diagnostic et de traitement les plus avancés à l'intention des malades hospitalisés et externes aux soins courants et à la gestion des patients dont l'état de santé a déjà été diagnostiqué comme étant chronique. Les avantages auxquels les patients ont accès en Alberta sont définis dans le *Hospitalization Benefits Regulation* (AR244/90).

La *Health Care Protection Act* de l'Alberta régit la prestation de services chirurgicaux par des établissements autres que des hôpitaux où se pratiquent des chirurgies. La prestation de services assurés exige que le ministre approuve un marché entre l'exploitant de l'établissement et une autorité régionale de la santé. Sont également exigés la désignation par le ministre d'un établissement de chirurgie autre qu'un hôpital et l'agrément par le Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta. Selon le Collège, 53 établissements de chirurgie autres que des hôpitaux sont agréés.

En vertu de la *Health Care Protection Act*, le ministre ne peut approuver une entente contractuelle à moins que :

- ☐ les services chirurgicaux assurés ne soient conformes aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*;
- ☐ les services chirurgicaux ne soient nécessaires dans la région touchée et, selon toute probabilité, devraient l'être dans l'avenir;
- ☐ les services chirurgicaux proposés n'exercent pas d'incidence négative sur le système de santé publique de la province;
- ☐ le public ne bénéficie des services chirurgicaux assurés offerts;
- ☐ l'autorité régionale de la santé n'ait prévu un plan d'affaires acceptable pour payer les services;
- ☐ l'entente proposée ne prévoie les attentes et les évaluations en matière de rendement;
- ☐ les médecins offrant les services ne respectent les exigences relatives aux conflits d'intérêt et en matière d'éthique de la *Medical Profession Act* et de son règlement d'application.

2.2 Services médicaux assurés

Les services médicaux assurés sont pris en charge par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Seuls les médecins et les dentistes qui satisfont aux exigences de la *Alberta Health Care Insurance Act* peuvent offrir des services assurés en vertu du régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Outre les services assurés, le régime d'assurance-maladie de l'Alberta prend en charge un certain nombre d'autres services fournis par des professionnels de la santé, notamment les opticiens, les podiatres, les denturologistes, les optométristes, les chiropraticiens, les chirurgiens-dentistes et les dentistes.

Avant d'être inscrit au régime d'assurance-maladie de l'Alberta, un médecin ou dentiste doit remplir les formulaires d'inscription appropriés et inclure une copie de sa licence émise par une association ou un organisme compétent, comme le College of Physicians and Surgeons of Alberta ou l'Alberta Dental Association and College.

En vertu de l'article 8 de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, les médecins et les dentistes peuvent s'abstenir de participer au régime d'assurance-maladie de l'Alberta. En date du 31 mars 2004, aucun médecin de la province ne s'était prévalu de cette disposition.

Le Medical Benefits Regulation définit les services médicaux qui sont assurés. Ces services sont documentés dans le barème des prestations médicales affiché à l'adresse suivante : **http://www.Health.gov.ab.ca/professionals/SOMB/Procedure_List.pdf**.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

L'Alberta assure un certain nombre d'interventions chirurgicales et dentaires médicalement nécessaires qui figurent dans le barème des prestations de chirurgie buccale et maxillo-faciale affiché à l'adresse suivante : **http://www.health.gov.ab.ca/professionals/allied/Dental_Procedure.pdf**. Un dentiste peut effectuer quelques-unes de ces interventions, mais la majorité des interventions peuvent être facturées au régime d'assurance-maladie de l'Alberta uniquement quand elles sont pratiquées par un chirurgien-dentiste ou par un spécialiste en chirurgie maxillo-faciale.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

L'article 21 du Alberta Health Care Insurance Regulation définit les services qui ne sont pas réputés être des services assurés. Le paragraphe 4(1) du Hospitalization Benefits Regulation dresse la liste des services hospitaliers non assurés.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être détermine les services assurés par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Quand il détermine quel produit, service ou appareil médical sera assuré par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta, le ministère de la Santé et du Mieux-être examine la documentation scientifique, consulte des experts et des conseillers et évalue les politiques, le financement et la formation. Les services médicaux assurés et les modifications apportées au barème des prestations médicales se négocient entre le ministère albertain de la Santé et du Mieux-être, l'Alberta Medical Association (AMA) et les autorités régionales de la santé. Toutes les modifications apportées au barème des prestations médicales doivent être approuvées par le ministre.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

En vertu de l'*Alberta Health Care Insurance Act*, tous les résidents de l'Alberta sont admissibles aux services de santé financés par le secteur public en vertu du régime d'assurance-maladie de l'Alberta. Par « résident », on entend une personne légalement autorisée à être et à rester au Canada, qui est domiciliée en Alberta et y vit habituellement. Le terme « résident » exclut les touristes et les personnes de passage ou en visite en Alberta.

Les personnes de l'extérieur du Canada qui déménagent en Alberta pour y établir leur résidence permanente sont admissibles à la protection si elles ont le statut de résident permanent, ou de résident permanent ou de citoyen canadien de retour au pays. Les résidents temporaires de l'extérieur du Canada peuvent également être admissibles au régime s'ils ont l'intention de demeurer en Alberta pendant 12 mois et si leurs documents d'entrée au Canada sont en règle.

Les résidents qui ne sont pas admissibles au régime d'assurance-maladie de l'Alberta sont notamment :

- ☐ les membres des Forces canadiennes;
- ☐ les membres de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) nommés à un grade;
- ☐ les détenus des pénitenciers fédéraux.

3.2 Exigences concernant l'inscription

Tous les nouveaux résidents albertains doivent s'inscrire au régime d'assurance-maladie de l'Alberta et y inscrire les personnes à leur charge qui sont admissibles. Les nouveaux résidents de l'Alberta doivent présenter une demande dans les trois mois de leur arrivée. Les membres d'une même famille sont inscrits au même compte aux fins de la facturation des primes. En date du 31 mars 2004, 3 165 157 résidents de l'Alberta étaient inscrits au régime d'assurance-maladie.

3.3 Autres catégories de personnes

Les résidents temporaires en provenance de l'étranger qui peuvent être réputés résidents sont notamment les personnes faisant l'objet d'une fiche de visiteur, d'une autorisation d'étude ou d'emploi et celles titulaires d'un permis ministériel. En date du 31 mars 2004, 18 860 personnes bénéficiaient du régime en vertu de telles conditions.

3.4 Cotisations

Tous les habitants de l'Alberta doivent payer des cotisations, à l'exception des personnes à charge et de celles exemptées de cette obligation. Font exception les personnes inscrites dans des

groupes spéciaux (comme les bénéficiaires d'une pension de l'Alberta aux personnes veuves ou d'un soutien à l'autonomie) ou les personnes ayant droit à l'aide au paiement des cotisations. Même si les Albertains doivent payer des cotisations, la protection ne sera refusée à aucun résident parce qu'il est incapable de payer ses cotisations.

Deux programmes aident les Albertains à faible revenu autres que des aînés à payer les cotisations : le Premium Subsidy Program (le programme de subventions) et le Waiver of Premium Program (le programme d'exonération totale des cotisations).

4.0 Transférabilité

4.1 Délai de carence minimal

Les personnes d'une autre région du Canada qui déménagent en permanence en Alberta sont assurées dès le premier jour du troisième mois suivant leur arrivée, pourvu qu'elles s'inscrivent dans les trois mois de leur arrivée.

4.2 Couverture au cours d'absences temporaires au Canada

Le régime d'assurance-maladie de l'Alberta prévoit la protection suivante concernant les résidents albertains admissibles qui s'absentent temporairement au Canada :

- ☐ visite/vacances : protection jusqu'à concurrence de 24 mois;
- ☐ travail/affaires/oeuvres missionnaires : jusqu'à concurrence de 48 mois;
- ☐ études collégiales et universitaires : aucune limite (la protection se poursuit jusqu'à la fin des études).

Les demandes de prolongation de la couverture visant une période de plus de 24 mois sont étudiées au cas par cas. Les personnes qui s'absentent régulièrement de l'Alberta chaque année doivent habituellement séjourner un total cumulatif de 183 jours en Alberta au cours d'une période de 12 mois pour demeurer assurées. Les personnes qui ne sont pas présentes en Alberta pendant les 183 jours prescrits peuvent être réputées résidentes de l'Alberta si elles convainquent le ministère de la Santé et du Mieux-être que l'Alberta est leur lieu de résidence permanent et principal.

L'Alberta participe à l'Entente relative à la facturation réciproque des services hospitaliers avec d'autres provinces et territoires. Cette entente permet de traiter les paiements au titre des services hospitaliers que la province d'accueil fournit aux résidents. L'Alberta participe également à l'Entente relative à la facturation réciproque des services médicaux avec des provinces et des territoires (à l'exception du Québec). Cette entente permet de traiter les paiements des services médicaux fournis dans la province d'accueil. Les paiements sont versés à la province ou au territoire d'accueil.

4.3 Couverture au cours d'absences temporaires à l'extérieur du Canada

Le régime d'assurance-maladie de l'Alberta est valide au cours des six premiers mois consécutifs d'absence à l'extérieur du Canada. Les résidents qui désirent être assurés pendant une période plus longue peuvent demander une prolongation jusqu'à concurrence de 24 mois consécutifs à compter du mois du départ.

Les demandes de prolongation visant une période de plus de 24 mois seront examinées au cas par cas selon les mêmes conditions que celles prévues pour les Albertains séjournant temporairement dans une autre province.

Le montant maximal payable pour des services hospitaliers offerts aux patients à l'extérieur du pays s'élève à 100 $ (canadiens) par jour (excluant le jour du congé). Le taux par visite des patients qui ne sont pas hospitalisés s'élève à 50 $ (canadiens), à raison d'une visite par jour. La seule exception est l'hémodialyse qui peut commander un maximum de 220 $ par visite, à raison d'une visite par jour. Les services offerts

par des médecins et des membres de professions paramédicales sont payés selon les taux prévus en Alberta. On peut obtenir de plus amples renseignements sur la protection au cours d'absences temporaires à l'extérieur du Canada ou de l'Alberta en consultant le site suivant : **http://health.gov.ab.ca/ahcip/travel.pdf**.

4.4 Exigence d'une approbation préalable

Une approbation préalable n'est pas nécessaire pour des services optionnels reçus à l'extérieur de l'Alberta, sauf pour le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie, de troubles de l'alimentation et de troubles semblables du comportement ou de dépendance. Pour être pris en charge par le régime, ces services doivent être approuvés par le ministre.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Tous les résidents de l'Alberta ont accès aux services de santé financés et assurés par la province, peu importe où ils habitent. L'Alberta compte neuf autorités régionales de la santé qui collaborent entre elles pour que tous les Albertains aient accès aux services de santé nécessaires. Deux grandes régions métropolitaines, les régions sanitaires de Calgary et de la capitale (Edmonton), assurent partout en Alberta la prestation des services financés par la province auprès des résidents qui exigent des services de diagnostic et des traitements de niveau tertiaire.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le ministère de la Santé et du Mieux-être et les autorités régionales de la santé participent activement à un processus quinquennal de planification de l'effectif de la santé pour que le personnel essentiel soit suffisant.

Les autorités sanitaires sont tenues d'élaborer des plans de biens d'équipement quand elles présentent leurs plans de biens d'équipement annuels au ministre de la Santé et du Mieux-être. En 2003-2004, le financement des services de santé (lequel comprend les services hospitaliers dans toute la province) s'est élevé à 4 550 millions de dollars, soit une augmentation de 282 millions de dollars ou de 6,6 p. 100 par rapport à 2002-2003. Le rapport annuel 2003-2004 du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta est affiché à l'adresse suivante : **http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/AR03_04/index.html**.

Le développement du Web-based Alberta Waitlist Registry (le registre albertain des listes d'attente sur Internet) a permis d'améliorer grandement l'accès aux services de santé assurés. Ce registre comporte de l'information sur les délais de carence concernant les chirurgies à la hanche et le remplacement du genou, la chirurgie de la cataracte, la chirurgie cardiaque et les examens à l'aide de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de la tomographie par ordinateur à la fois pour les hôpitaux et pour les prestataires communautaires. Le registre est accessible à l'adresse **http://www.health.gov.ab.ca/waitlist/WaitListPublicHome.jsp**

5.4 Rémunération des médecins

La plupart des médecins albertains sont rémunérés par le régime d'assurance-maladie de l'Alberta selon le régime traditionnel conçu en fonction du volume des activités essentielles de la rémunération à l'acte; ce régime permet d'atteindre de meilleurs résultats en santé en favorisant la prestation de soins de santé innovateurs.

Un nouvel accord trilatéral entre l'Alberta Medical Association, le ministère albertain de la Santé et du Mieux-être et les autorités régionales de la santé prévoit d'améliorer l'accès aux services médicaux. En vertu de cet accord, on institue

d'autres modes de rémunération afin de favoriser le recrutement et le maintien en poste des médecins, des équipes de prestation de services, l'accès aux services, la satisfaction des patients et l'optimisation des ressources. Cet accord autorise également les médecins locaux à conclure des partenariats avec les autorités de leurs régions sanitaires pour créer des projets locaux de soins primaires appelés à gérer l'accès ininterrompu aux services de première ligne.

5.5 Paiements aux hôpitaux

En Alberta, les services hospitaliers assurés sont financés selon le régime de la rémunération par capitation prévu pour les autorités régionales de la santé. Il incombe à ces dernières de planifier l'allocation des fonds aux services hospitaliers assurés selon les évaluations des besoins régionaux et les plans de service.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Dans le rapport annuel du Ministère, les états financiers consolidés tiennent compte des contributions fédérales versées en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le rapport annuel 2003-2004 du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta est affichée à l'adresse suivante : **http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/AR03_04/index.html**.

	Personnes inscrites				
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004 [1]
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	2 957 045	3 007 582	3 072 384	3 124 487	3 165 157

	Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire				
Établissements publics	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004** [1]
2. Quantité (#)					
a. soins actifs	102	102	103	100	102
b. soins chroniques	104	105	106	110	107
c. soins de réadaptation	1	1	1	1	1
d. autres	3	3	3	3	3
e. total	210	211	213	214	213
3. Paiements ($)					
a. soins de courte durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004** [1]
4. Quantité (#)					
a. installations chirurgicales	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#)					
a. installations chirurgicales	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
6. Paiements totaux destinés aux ($)					
a. installations chirurgicales	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004 [1]
7. Nombre de médecins participants (#)					
a. omnipraticiens	2 545	2 659	2 746	2 841	2 937
b. spécialistes	2 096	2 197	2 333	2 365	2 426
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	4 641	4 856	5 079	5 206	5 363
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#)					
a. omnipraticiens	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. spécialistes	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
9. Nombre de médecins qui ne participent pas					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	1	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	1	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#)					
a. omnipraticiens	15 914 666	16 132 591	16 132 591	16 450 512	16 924 877
b. spécialistes	11 319 078	11 710 080	11 710 080	12 878 411	13 119 523
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	27 233 744	27 842 671	27 842 671	29 328 923	30 044 400
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte ($)					
a. omnipraticiens	410 502 506	430 681 658	474 076 958	543 635 736	564 936 923
b. spécialistes	493 040 446	528 392 197	587 092 735	681 990 901	707 843 059
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	903 542 952	959 073 855	1 061 169 693	1 225 626 637	1 272 779 982
12. Paiement moyen par frais de service ($)					
a. omnipraticiens	25.79	26.70	29.39	33.05	33.38
b. spécialistes	43.56	45.12	50.14	52.96	53.95
c. autres	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
d. tous les services	33.18	34.45	38.11	41.79	42.36
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#)					
a. médicaux	19 829 029	20 328 498	20 647 611	21 153 134	21 680 907
b. chirurgicaux	1 238 043	1 316 312	1 396 422	2 417 363	2 513 638
c. diagnostics	5 274 903	5 588 934	5 798 638	5 758 426	5 849 855
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	26 341 975	27 233 744	27 842 671	29 328 923	30 044 400
14. Paiements totals effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement ($)					
a. médicaux	586 587 852	618 596 110	684 971 654	788 450 446	816 374 918
b. chirurgicaux	140 067 988	150 223 933	164 427 152	190 259 821	196 291 136
c. diagnostics	176 887 112	190 253 812	211 770 887	246 916 370	260 113 928
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	903 542 952	959 073 855	1 061 169 693	1 225 626 637	1 272 779 982
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement ($)					
a. médicaux	29.58	30.43	33.17	37.27	37.65
b. chirurgicaux	113.14	114.12	117.75	78.71	78.09
c. diagnostics	33.53	34.04	36.52	42.88	44.47
d. autres	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
e. tous les services	34.30	35.22	38.11	41.79	42.36

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004 [1]
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	4 820	4 656	4 205	4 275	4 651
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	59 443	56 408	61 230	67 975	68 469
18. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	13 632 730	14 699 049	12 328 205	15 753 884	19 411 517
19. Paiements totaux, consultations externes ($)	6 920 702	5 287 271	7 115 105	7 953 195	7 982 851
20. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	2 828,37	3 157,01	2 931,80	3 685,12	4 173,62
21. Paiement moyen, consultations externes ($)	116,43	93,73	116,20	117,00	116,59
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004** [1]
22. Quantité de services (#)	380 635	418 587	493 798	559 503	485 841
23. Paiements totaux ($)	11 397 620	12 436 188	11 998 825	13 880 981	15 139 409
24. Paiement moyen par service ($)	29,94	29,71	24,30	24,81	31,16

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004 [1]
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	5 215	4 151	4 457	3 698	3 319
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	5 097	3 945	3 942	3 739	3 405
27. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	483 648	374 005	416 635	340 169	300 233
28. Paiements totaux, consultations externes ($)	364 087	298 725	309 119	206 684	212 949
29. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	92,74	90,10	93,48	91,99	90,46
30. Paiement moyen, consultations externes ($)	71,43	75,72	78,42	55,28	62,54
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004** [1]
31. Quantité de services (#)	21 989	20 891	22 928	21 289	20 753
32. Paiements totaux ($)	871 292	907 010	1 043 997	976 232	963 299
33. Paiement moyen par service ($)	39,62	43,42	45,53	45,86	46,42

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004 [1]
34. Nombre de dentistes participants (#)	250	232	250	234	216
35. Nombre de services fournis (#)	14 292	14 708	14 585	16 759	14 802
36. Paiements totaux ($)	2 092 003	2 116 386	2 167 898	2 394 458	2 404 042
37. Paiement moyen par service ($)	146,38	143,89	148,64	142,88	162,41

Notes

1. Chiffres préliminaires en attendant la parution du Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement, 2003-2004, du Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta.

Colombie-Britannique

Introduction

La Colombie-Britannique a un système de soins de santé progressif et intégré. Le régime de soins de santé de cette province comprend les services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, ainsi que les services financés entièrement ou partiellement par le gouvernement de la Colombie-Britannique et d'autres qui sont réglementés mais non financés par celui-ci. Il repose sur une structure de prestation régionale et des professions autoréglementées qui offrent des soins de qualité, accessibles et abordables.

Cinq autorités sanitaires régionales sont responsables de la gestion et de la prestation d'une gamme de services dans les domaines des soins actifs, des soins hospitaliers, des soins à domicile et en milieu communautaire, de la santé mentale, de la toxicomanie et de la santé publique. Elles comprennent 15 secteurs de prestation de services, définis selon les modes naturels d'aiguillage des patients. En outre, la Provincial Health Services Authority coordonne et offre des services très spécialisés qui ne peuvent pas être fournis dans toutes les régions et facilite la coordination des initiatives provinciales. Les autorités sanitaires reçoivent des budgets sur trois ans, ce qui facilite la planification. Elles doivent rendre des comptes au gouvernement, en vertu d'ententes sur le rendement, qui définissent les attentes et les résultats visés. Les ententes portent également sur les principaux changements requis dans des secteurs de services comme les soins d'urgence, la chirurgie, les soins à domicile et en milieu communautaire, la santé publique, la prévention et la santé mentale.

Les soins de santé sont au premier rang des priorités du gouvernement et de la population de la ColombieBritannique.

Activités en 2003-2004

En 2003-2004, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a accompli des progrès notables vers la réalisation de buts et de priorités clés du système de soins de santé de la province. Citons les progrès dans la protection de la santé publique, l'accès en temps voulu à des soins de qualité et la planification visant à assurer la fiabilité et la viabilité du système.

Il était impossible de maintenir le statu quo pour le système de soins de santé de la province. Depuis dix ans, les coûts des soins de santé grimpent rapidement et accaparent une part toujours croissante du budget global du gouvernement. Laisser cette tendance se poursuivre en présence de ressources limitées et d'une demande à la hausse ne serait pas viable. D'où la nécessité d'opérer des changements fondamentaux.

Les améliorations et changements novateurs, surtout ceux qui remettent en question des façons de faire traditionnelles et bien ancrées, ne vont pas sans difficulté. Des recherches récentes en santé et des travaux publiés dans les grandes revues révèlent toutefois qu'il existe des moyens inédits, ingénieux et efficients d'améliorer les soins offerts aux Britanno-Colombiens et les résultats sanitaires. Il faut à cet égard prendre des décisions difficiles, nous sommes bien engagés dans la restructuration et la reconfiguration du système de santé qui nous permettront de satisfaire aux besoins diversifiés de notre population. D'ailleurs, les patients, les fournisseurs de soin et le public commencent à voir les fruits de notre planification à long terme et des efforts intenses que nous déployons partout en santé.

Les réalisations importantes de 2003-2004 sont exposées ci-après.

Protection de la santé publique

Le ministre des Services de santé a approuvé une augmentation de 800 000 $ du financement annuel, ce qui permettra d'étendre le programme provincial d'immunisation des enfants à la vaccination des adolescents contre la coqueluche. De plus, les autorités sanitaires ont reçu 9,6 millions de dollars de financement de base pour le programme de vaccination contre le pneumocoque et le mettre méningocoque pour les personnes à risque élevé, en vigueur depuis un an, sur une base annuelle.

De nouvelles mesures concernant l'eau potable ont été prises pour protéger la santé et la sécurité des Britanno-Colombiens. Les modifications de la *Dinking Water Protection Act* et de son règlement d'application, promulguées le 16 mai 2003, ont doté la province d'un cadre global et coordonné de protection de l'eau potable, de la source au robinet.

Un projet de refonte de la *Health Act* (principale loi en matière de santé publique) a été entrepris en 2003. Dernière étape de la modernisation des lois provinciales concernant la santé publique, la nouvelle loi complétera la *Drinking Water Protection Act* et la *Food Safety Act*, récemment élaborées. En 2003 également, s'est poursuivie l'élaboration des « programmes essentiels en santé publique », qui fixent les exigences de base en matière de prestation de services de santé publique.

La Colombie-Britannique a investi 2,6 millions de dollars en recherche pour accélérer la mise au point d'un vaccin contre le SRAS. Elle a de plus obtenu l'autorisation, en vertu de la loi sur les produits antiparasitaires, de faire la lutte aux moustiques, s'ils devaient poser un risque sanitaire en raison du virus du Nil occidental.

Grâce au *BC Centre for Disease Control* et au *Michael Smith Genome Sciences Centre*, la Colombie-Britannique est à l'avant-garde de la recherche en santé, au Canada et dans le monde. De plus, le ministère des Services de santé a alloué 15 millions de dollars à *Genome BC*, un des cinq centres mis sur pied pour coordonner la recherche sur le génome au Canada. Parmi les travaux réalisés à ce centre, citons la recherche de moyens permettant de repérer les transformations qui rendent les cellules malignes ou cancéreuses.

Par ailleurs, la *Michael Smith Foundation for Health Research* a reçu du gouvernement provincial plus de 24 millions de dollars pour ses nouveaux programmes qui lui permettent d'attirer et de retenir des scientifiques et des chercheurs de premier ordre et de poursuivre des travaux de pointe. Le financement est dédié à des priorités de recherche, comme la restructuration et l'innovation dans le secteur des soins de santé.

Prestations de soins de qualité supérieure, axés sur le patient

Un investissement de 73,5 millions de dollars sur quatre ans à même le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a permis aux autorités sanitaires de la province de prendre diverses initiatives : réseaux de médecins de famille; centres de santé communautaires; ententes faisant bénéficier la médecine de famille des conseils et de l'expertise de spécialistes; prestation de soins par les infirmières là où sévit une pénurie de médecins; prise en charge des maladies chroniques. De telles mesures visent à accroître l'intégration, la coordination et l'accessibilité des services des soins de santé primaires. En outre, grâce à cet argent, le ministère des Services de santé a ajouté les services de pharmaciens à la *BC NurseLine* et créé une ressource sécurisée sur le Web, le *Chronic Disease Management Toolkit for Practitioner*, où les praticiens trouvent des instruments et des renseignements utiles pour assurer une prise en charge optimale des maladies chroniques.

En 2003, la Colombie-Britannique a investi 2,8 millions de dollars dans de nouvelles ressources qui aideront les médecins à mieux soigner leurs patients souffrant de maladies chroniques. Cet argent, destiné à des associations

de médecins ou à des organismes liés à la médecine, favorisera le perfectionnement professionnel dans les domaines de la prévention et de la prise en charge de ces maladies.

Le programme *Full Services Family Incentive*, doté d'un financement de 20 millions de dollars, a été mis en œuvre en septembre 2003. Il fournit aux médecins de nouvelles directives cliniques normalisées pour le traitement du diabète ou de l'insuffisance cardiaque congestive. Ceux-ci recevront une rémunération pour chaque patient participant avec succès au plan de traitement. Cette mesure vise à prévenir les complications de ces maladies et à réduire les hospitalisations et les coûts sanitaires connexes. L'autre volet du programme encouragera les médecins à continuer de pratiquer des accouchements dans la collectivité.

La prestation de services de néphrologie s'est étendue à l'extérieur des grands centres urbains avec l'implantation de services de dialyse à Kelowna, Penticton, Creston, Terrace et Nanaimo.

De nouveaux investissements en télésanté permettent aux patients d'avoir accès aux soins de spécialistes des hôpitaux BC Children's, Sunny Hill et BC Women's sans s'éloigner de leur collectivité.

Un financement annuel de 1,3 million de dollars destiné aux implants cochléaires a été annoncé en décembre 2003. Cette mesure réduira de beaucoup le temps d'attente pour les adultes et les enfants qui doivent être opérés pour recevoir ces implants.

Gestion durable

À la fin de l'exercice 2003-2004, nous serons à mi-parcours du processus de trois ans qui améliorera la reddition de comptes et dotera la Colombie-Britannique d'un système de soins de santé axé sur le patient et plus cohérent.

En 2002-2003, les nouvelles autorités sanitaires de la Colombie-Britannique avaient fourni de solides assises pour améliorer la gestion et la prestation des soins de santé dans les hôpitaux et en milieu communautaire. En 2003-2004, après deux années complètes de fonctionnement, ces instances sont en bonne voie d'atteindre les objectifs convenus dans l'entente sur le rendement[1] et ont commencé à jouer pleinement leur rôle pour ce qui est de façonner le système général de soins de santé de la province.

Comme les autorités doivent restructurer les services et apporter des améliorations en respectant le budget, elles procèdent surtout en réaffectant les fonds disponibles pour le plus grand bien des patients et de façon que leurs investissements soient le plus profitables.

Leurs stratégies s'inspirent de celles présentées comme prioritaires dans le plan de services triennal du ministère des Services de santé.

Le Ministère et les autorités sanitaires continuent de collaborer pour élaborer des processus de mesure, de surveillance et d'évaluation du rendement qui amélioreront les soins de santé et la reddition de comptes sur le système dans la province.

Fair PharmaCare, en vigueur depuis le 1er mai 2003, est une mesure équitable basée sur le revenu familial, qui aide les familles de la Colombie-Britannique à assumer les coûts des médicaments sur ordonnance.

Auparavant, beaucoup de familles à faible revenu devaient débourser davantage que d'autres au revenu plus élevé pour l'achat de médicaments. *Fair PharmaCare* contribue à redresser cette injustice en accordant l'aide financière aux familles qui en ont le plus besoin. Depuis l'entrée en vigueur de ce programme, le montant à débourser pour l'achat de médicaments d'ordonnance est équivalent ou inférieur à ce qu'il était avant pour la majorité des familles.

1 En avril 2002, le gouvernement a conclu une entente sur le rendement avec les nouvelles autorités sanitaires et le ministère des Services de santé pour améliorer la reddition de comptes sur la prestation de services aux patients, les résultats sanitaires et les dépenses en santé. Cette entente définit les attentes, les résultats visés et les services à fournir dans les secteurs des soins d'urgence, des soins à domicile et en milieu communautaire et de la santé mentale. Elle s'étend sur trois exercices.

En octobre 2003, l'assemblée législative a voté la *Health Professions Amendment Act*, qui réglemente l'exercice des infirmières praticiennes. La création du programme d'infirmières praticiennes permet d'améliorer les soins de santé en élargissant l'éventail de professionnels de la santé auxquels les patients ont accès.

Interprofessional Rural est un programme doté de 700 000 $, dont l'annonce a été faite en mai 2003. Des équipes d'étudiants de diverses disciplines de la santé sont formées, et ceux qui ont les compétences voulues ont l'occasion d'aller travailler dans de petites collectivités ou dans des régions éloignées pendant 10 à 12 semaines. Ces étudiants peuvent ainsi acquérir une expérience clinique, tandis que les patients de régions rurales ou éloignées ont un accès direct à plus de services de santé.

En avril 2003, le ministère des Services de santé a formé un groupe consultatif communautaire (le *UNBC Northern Medical Program Community Action Group*) pour se pencher sur un programme d'école de médecine dans le Nord et des mesures qui feraient de Prince George un vigoureux centre régional de soins de santé. Le groupe a produit un rapport, *Building for the Future of Health Care in Northern BC*, qui aborde des questions comme le recrutement et le maintien en poste de cliniciens dans les disciplines de base, une meilleure utilisation des soins hospitaliers dans le Nord et le soutien à l'éducation. En mars 2004, le ministre des Services de santé a annoncé un investissement de 2,2 millions de dollars qui donne suite aux recommandations du rapport visant à assurer la réussite du programme de médecine dans le Nord et à faire de Prince George un centre d'excellence pour la prestation de soins en milieu rural et dans les régions éloignées.

La réglementation des professions de la santé s'est notablement améliorée en 2003. Citons à cet égard le cadre général de la *Health Professions Act*, qui a grandement bénéficié de l'application des recommandations du rapport *Safe Choices: A New Model for Regulating Health Professions in British Columbia*, présenté en 2001 par l'ancien *Health Professional Council*.

La *Health Professions Amendment Act* de 2003 étend la portée du cadre général à toutes les professions de la santé et abroge les six règlements distincts concernant la pratique des médecins, des optométristes, des dentistes, des podiatres, des chiropraticiens et des infirmières autorisées. L'exercice de la pharmacie y sera assujetti, et la nouvelle *Pharmacy Operations and Drug Scheduling Act* remplacera la *Pharmacists, Pharmacy Operations and Drug Scheduling Act*.

Les renseignements sur la santé et les soins de santé en Colombie-Britannique sont disponibles sur le site Web suivant :

www.gov.bc.ca/healthservices

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance santé et autorité publique

Le 1er janvier 1949, le gouvernement de la Colombie-Britannique a commencé à payer aux hôpitaux les traitements fournis aux résidents admissibles en vertu de la *Hospital Insurance Act*. Le financement des services hospitaliers, fourni sans but lucratif, provient du budget du ministère des Services de santé dédié au *Regional Health Sector*. Ce programme doit rendre compte au gouvernement de la Colombie-Britannique du financement permanent des hôpitaux publics de la province, alloué conformément à des accords de financement et de transfert avec les six autorités sanitaires et aux dispositions de la *Hospital Act*, la *Hospital Insurance Act* (article 9) et de la *Hospital District Act* (article 20). Ses responsabilités englobent le contrôle des dépenses et des engagements de dépenses de fonctionnement des hôpitaux, le financement de la construction d'hôpitaux et de l'achat de matériel hospitalier et le remboursement des coûts des services hospitaliers fournis hors province aux résidents admissibles de la ColombieBritannique.

Le régime de soins médicaux de la Colombie-Britannique, le *Medical Service Plan* (MSP), est géré sans but lucratif par la *Medical Services Commission*. Relevant du ministère des Services de santé, la Commission facilite, conformément à la *Medicare Protection Act* (1996), un accès raisonnable aux services assurés en vertu du MSP pour les bénéficiaires (résidents). Les tâches administratives courantes du régime sont actuellement exécutées par le personnel du MSP, au ministère des Services de santé. À compter d'avril 2005, elles seront confiées à un fournisseur du secteur privé. Outre son rôle dans la gestion du contrat avec le fournisseur, le Ministère conservera la responsabilité de secteurs comme la prestation générale de services, les lois, les règlements, les politiques, les décisions complexes et les appels.

La Commission a le pouvoir (en vertu de l'article 5 de la *Medicare Protection Act*) de déterminer quels services sont assurés, d'inscrire les bénéficiaires, d'embaucher les médecins, de traiter et de payer les factures de médecins pour services fournis, d'inscrire les centres de diagnostic, de créer des comités consultatifs, d'autoriser des recherches et des enquêtes sur la prestation de services, de vérifier les demandes de paiement ainsi que les habitudes de pratique ou les factures présentées et d'entendre les appels soumis par des médecins ou des bénéficiaires.

En mai 2003, l'assemblée législative a voté la *Health Services Statutes Amendment Act* de 2003, qui modifie quelques dispositions de la *Food Safety Act*, de la *Hospital Insurance Act* et de la *Medicare Protection Act*. Cette dernière autorise désormais la *Medical Services Commission* à établir des règles de conduite et de procédure pour les demandes d'appel, les ordonnances et les réponses, ainsi que la tenue des auditions. Le ministère des Services de santé pourra également ordonner la médiation en cas de différend au sujet de facturations faites dans le cadre du régime. Quant à la *Hospital Insurance Act*, elle a été modifiée pour tenir compte de la nouvelle structure régionale de prestation de soins et du fait que l'argent du Ministère va désormais directement aux autorités sanitaires plutôt qu'aux hôpitaux.

1.2 Liens hiérarchiques

Les autorités sanitaires doivent présenter au ministère des Services de santé des rapports sur les données sanitaires concernant les hôpitaux qui relèvent de leur compétence, conformément à la politique provinciale. La *Performance Management and Improvement Division* présente son rapport au gouvernement par l'entremise du rapport annuel sur le plan de service du ministère des Services de santé. Dans ce rapport, les résultats réels de l'exercice sont comparés à ceux qui avaient été prévus dans le plan de services. Conformément à la *Budget Transparency and Accountability Act*, le ministre publie ce rapport ainsi que le plan de services du Ministère.

La *Medical Services Commission* présente chaque année au ministère des Services de santé des états financiers distincts. Ceux de 2003-2004 ont été déposés en juin 2004.

Dans son rapport annuel sur le plan de services, le ministère des Services de santé présente des données complètes sur le rendement du système de santé financé par l'État. S'il retrace et présente ainsi cette information, c'est qu'il adopte une approche de plus en plus stratégique et doit assumer les responsabilités en matière de planification et de reddition de comptes qui lui incombent en vertu de la *Budget Transparency and Accountability Act*, adoptée en 2000.

Le ministère des Services de santé participe à la rédaction de divers rapports provinciaux, dont :

- le rapport annuel du Ministère;
- le rapport sur le rendement des autorités sanitaires;
- le rapport sur les indicateurs comparables de la santé;
- le rapport annuel du médecin conseil en santé publique (sur la santé de la population).

1.3 Vérification des comptes

Le Ministère peut voir ses comptes et ses opérations financières vérifiés par deux vérificateurs :

- Les services consultatifs et de vérification interne du bureau du contrôleur général jouent le rôle de vérificateur interne du gouvernement provincial. Le vérificateur général fixe le moment et la portée des vérifications internes par voie de consultation avec le comité de vérification du ministère des Services de santé.
- Le Bureau du vérificateur général (BVG) de la Colombie-Britannique est chargé de faire des vérifications et d'en présenter les résultats à l'assemblée législative. Il décide de son propre chef de faire une vérification et en détermine seul la portée. Le comité des comptes publics de l'assemblée législative examine les recommandations du vérificateur général et détermine si le Ministère s'y est conformé.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

En vertu de la *Hospital Insurance Act*, les services hospitaliers généraux sont couverts par le régime d'assurance public. L'admissibilité est définie dans le règlement d'application, qui comporte une disposition sur le lieu de résidence et prévoit une période d'attente. Les services hospitaliers assurés sont offerts dans les établissements énumérés à l'article 1 de la loi. En 2003-2004, cette loi s'appliquait à 92 hôpitaux de soins actifs, trois hôpitaux de réadaptation, 18 hôpitaux autonomes de soins prolongés et 24 centres de diagnostic et de traitement et autres centres de santé.

Les services hospitaliers assurés sont fournis conformément aux recommandations du médecin traitant ou de la sage-femme. Ces services, et les conditions selon lesquelles ils sont offerts, sont énumérés au titre 5 du Hospital Insurance Act Regulations. Ce sont :

- l'hébergement et les repas en salle commune;
- les services infirmiers nécessaires;
- les services de laboratoire et les interventions radiologiques assortis des interprétations nécessaires, ainsi que toutes les autres interventions diagnostiques assortie des interprétations nécessaires, approuvées par le ministre dans un hôpital donné et qui visent à maintenir la santé du patient ou à prévenir, à diagnostiquer ou à traiter une maladie, une lésion ou une incapacité;
- les médicaments, les produits biologiques et les fournitures médicales approuvés pour usage clinique qui sont fournis dans un établissement qui est un hôpital au sens de la *Hospital Insurance Act*;
- les fournitures chirurgicales courantes;
- l'usage des salles d'opération et des salles d'accouchement;
- le matériel et les fournitures d'anesthésie;
- l'usage des installations de radiothérapie, de physiothérapie et d'ergothérapie là où elles existent;
- d'autres services approuvés par le ministre que fournissent des personnes rémunérées par l'hôpital.

Les bénéficiaires qu'il n'est pas nécessaire d'hospitaliser peuvent recevoir des traitements d'urgence pour une blessure ou une maladie. Ils peuvent également être soignés dans une salle d'opération ou une salle d'urgence lorsqu'ils sont admis en chirurgie d'un jour ou subissent une intervention mineure, y compris la pose ou l'enlèvement d'un plâtre.

Les services hospitaliers pour patients externes sont les suivants :

- la dialyse dans les hôpitaux désignés ou autres établissements approuvés;
- les soins de jour pour diabétiques dans les hôpitaux désignés;
- les conseils en diététique fournis par des diététiciennes qualifiées;
- les consultations et soins de jour en psychiatrie et les services et soins de jour en physiothérapie et en réadaptation;
- l'oncothérapie et les services de cytologie;
- le traitement du psoriasis;
- les services d'avortement;

- les services d'IRM.

Les services hospitaliers assurés sont fournis gratuitement aux bénéficiaires. Toutefois, lorsque c'est le patient qui exprime une préférence pour certaines fournitures médicales ou chirurgicales, il doit payer un supplément, si l'imposition de ce supplément est approuvée. Par contre, il n'a pas de supplément à payer si le médecin traitant juge la demande justifiée sur le plan médical.

Les services d'ambulance sont fournis par le ministère des Services de santé, par l'entremise de la *Emergency Health Services Commission*. Le patient paie une partie des coûts.

Il n'y a pas de processus d'examen périodique des services hospitaliers assurés. La liste qui figure au Règlement est censée être complète et générique, et n'exige ni mises à jour ni examens périodiques.

2.2 Services médicaux assurés

Les services médicaux assurés sont fournis conformément à la *Medicare Protection Act*. L'article 13 de cette loi stipule que les praticiens inscrits (notamment les médecins et autres professionnels de la santé, comme les dentistes) qui offrent des services à un bénéficiaire sont admissibles au paiement des services rendus conformément au barème d'honoraires applicable.

Le *Medical Services Plan* (MSP) offre tous les services médicalement nécessaires. À moins d'une exclusion, les services médicaux suivants sont assurés par le régime de soins médicaux conformément à la *MPA* et à la *Loi canadienne sur la santé* :

- services médicalement nécessaires pour les bénéficiaires (résidents de la Colombie-Britannique) fournis par un médecin inscrit au MSP;
- services médicalement nécessaires offerts dans des centres de diagnostic sous la supervision d'un médecin inscrit au MSP.

Pour exercer en Colombie-Britannique, les médecins doivent être inscrits au tableau du *College of Physicians and Surgeons of British Columbia* et être membres en règle de cet organisme. Ils doivent en outre être inscrits au MSP s'ils veulent être payés pour la prestation de services assurés. En 2003-2004, il y avait 8 083 médecins inscrits au régime et rémunérés à l'acte. Il y avait aussi des médecins salariés ou rémunérés à la vacation ou en vertu d'ententes contractuelles (conventions de services) avec les autorités sanitaires. Nombre de médecins ainsi payés étaient également rémunérés à l'acte.

Un médecin peut choisir de ne pas s'inscrire à la *Medical Services Commission* ou, encore, de s'en retirer. Les médecins inscrits peuvent annuler leur inscription en donnant un préavis écrit de 30 jours à la Commission. Les services fournis par les médecins non inscrits ne sont pas assurés, et les patients doivent en assumer les coûts en entier. En date du 31 mars 2004, un seul médecin inscrit s'était retiré.

Les médecins inscrits peuvent choisir d'être payés directement par les patients, auquel cas ils doivent faire parvenir un avis écrit à la Commission. Dans un délai de 30 à 45 jours suivant la réception de l'avis, celle-ci leur communiquera la date d'entrée en vigueur de ce mode de paiement. Les patients de ces médecins peuvent soumettre une demande à la MSA pour se faire rembourser le coût des services assurés qu'ils ont reçus. En mars 2004, seuls six médecins avaient choisi d'être payés de cette façon.

En vertu de l'accord-cadre entre le gouvernement, la Commission et la *British Columbia Medical Association* (BCMA), les ajouts, suppressions, modifications d'honoraires et autres changements apportés au barème d'honoraires de la Commission sont effectués par celle-ci, sur l'avis de la BCMA. Les médecins qui veulent proposer des modifications au barème doivent présenter leurs propositions au comité des tarifs de la BCMA par l'entremise de la section compétente de cette association. Sur recommandation du comité des tarifs de la BCMA, la Commission peut inscrire temporairement de nouvelles interventions ou de nouveaux services sur la liste des services assurés, pour ensuite dresser une liste définitive, s'il y a lieu.

La Commission a émis ou révisé des directives sur les sujets suivants en 2003-2004 :

- ☐ traitement d'attaque et traitement d'entretien à la warfarine;
- ☐ traitement de l'hypercoagulabilité chez le patient sous warfarine;
- ☐ prise en charge du traitement à la warfarine en cas d'intervention effractive ou chirurgicale;
- ☐ soins du diabète (révisé en 2004);
- ☐ dépistage des néoplasies colorectales chez le patient asymptomatique;
- ☐ dépistage, évaluation et prise en charge des néphropathies chroniques;
- ☐ hématurie microscopique (persistante);
- ☐ diagnostic et prise en charge des troubles dépressifs majeurs;
- ☐ approche clinique du patient adulte dyspeptique (révisé en 2004);
- ☐ suivi du patient après résection curative d'un cancer colorectal (révisé en 2004);
- ☐ évaluation et interprétation des résultats anormaux d'analyse biochimique du foie;
- ☐ approche clinique du reflux gastro-oesophagien chez le patient adulte (révisé en 2004);
- ☐ exploration de la fonction thyroïdienne pour le diagnostic et le suivi des maladies thyroïdiennes de l'adulte ;
- ☐ prise en charge des troubles du sommeil en milieu de soins primaires (révisé en 2004).

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Le régime de soins médicaux couvre certains services de chirurgie buccale et dentaire nécessaires sur les plans médical ou dentaire et fournis dans un hôpital par un chirurgien dentiste ou un stomatologiste. Les services de chirurgie dentaire sont couverts par le régime lorsque l'hospitalisation est jugée médicalement nécessaire pour effectuer de façon appropriée et sécuritaire une intervention prévue dans le barème d'honoraires pour services dentaires. La *Medicare Care Protection Act* définit l'admissibilité des patients et les critères s'appliquant aux fournisseurs. Les modifications, y compris les ajouts, de la liste des services assurés sont effectuées par le régime des soins médicaux, sur l'avis d'un comité de liaison comptant un nombre égal de représentants de l'association dentaire et du ministère des Services de santé. Elles doivent être approuvées par la *Medical Services Commission*. Figurent parmi les interventions chirurgico-dentaires assurées, celles effectuées sur un élément fonctionnel de la mastication ou visant à traiter un trouble de la cavité buccale. Cela comprendrait, de façon générale, la chirurgie orale reliée à un traumatisme, la chirurgie orthognathe, les extractions requises sur le plan médical et le traitement chirurgical d'un trouble de l'articulation temporomandibulaire.

Tout chirurgien dentiste ou stomatologiste membre en règle du *College of Dental Surgeons* et inscrit au *Medical Services Plan* (MSP) peut offrir des services de chirurgie dentaire assurés en milieu hospitalier. En 2003-2004, il y avait 243 chirurgiens dentistes inscrits au régime et facturant à l'acte. Aucun chirurgien dentiste n'a décidé de se retirer du MSP.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les médicaments que les patients externes emportent avec eux et d'autres qu'ils reçoivent à l'hôpital ne sont pas assurés, sauf s'ils font fournis en vertu du programme Pharmacare (programme de services pharmaceutiques). Les autres services exclus dans la *Hospital Insurance Act* sont :

- ☐ les services fournis par le personnel médical qui n'est pas employé par l'hôpital;
- ☐ les traitements pris en charge par la *Workers' Compensation Board*, le ministère des Anciens combattants ou tout autre organisme;
- ☐ les services visant des fins purement esthétiques;
- ☐ le rétablissement de la fécondité.

Les services hospitaliers non assurés comprennent :

- ☐ l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient;
- ☐ la télévision, le téléphone et les services infirmiers privés;
- ☐ les fournitures médicales ou chirurgicales préférées;
- ☐ des soins dentaires pouvant être fournis dans une clinique dentaire, y compris les services de dentisterie prosthétique et d'orthodontie;
- ☐ des services préférés fournis aux malades dans des services ou des hôpitaux de soins prolongés.

Les services suivants ne sont pas assurés en vertu du *Medical Services Plan* :

- ☐ les services assurés en vertu de la *Workers' Compensation Act* ou d'une autre loi provinciale ou fédérale;
- ☐ la fourniture de prothèses non implantées;
- ☐ les orthèses;
- ☐ les spécialités pharmaceutiques et les médicaments brevetés;
- ☐ les examens qui ne sont pas médicalement requis;
- ☐ la chirurgie buccale réalisée dans un cabinet de dentiste;
- ☐ l'acuponcture;
- ☐ les consultations téléphoniques non liées aux visites assurées;
- ☐ le rétablissement de la fécondité;
- ☐ la fécondation in vitro;
- ☐ les services médico-légaux;
- ☐ la plupart des interventions de chirurgie esthétique.

L'accès aux services hospitaliers ou médicaux est accordé si le médecin traitant ou l'hôpital juge que ces services sont médicalement nécessaires.

L'article 45 de la *Medicare Protection Act* interdit la vente ou l'émission d'une police d'assurance-santé par un assureur privé à des bénéficiaires pour des services assurés lorsqu'ils sont fournis par un praticien. En vertu de l'article 17 de la *Medicare Protection Act*, il est interdit d'exiger un paiement relativement à des services, à des fournitures, à des consultations, à des interventions, à l'utilisation d'un bureau, d'une clinique ou d'un autre endroit ou à toute affaire associée à la prestation d'un service assuré. Le ministère des Services de santé répond aux plaintes des patients et est en mesure d'intervenir pour corriger les situations qu'on lui signale.

En septembre 2002, le Ministère a émis, à l'intention des autorités sanitaires, un communiqué sur sa politique concernant la production de recettes par les hôpitaux. Une des catégories de services visées par cette politique est l'utilisation d'installations hospitalières pour la prestation de services couverts par un tiers assureur, comme la *Workers' Compensation Board*. La politique précise que les autorités sanitaires ont comme première obligation d'offrir les services de santé assurés aux bénéficiaires et que la production de recettes ne doit pas se faire au détriment de la prestation en temps voulu des services requis par les bénéficiaires. Elle rappelle également que les autorités sanitaires doivent respecter les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* et des lois provinciales qui s'appliquent. Les autorités sont tenues de faire état des nouvelles initiatives de ce genre dans les plans de services annuels. Pour sa part, le ministère des Services de santé surveille la conformité à la politique dans le cadre du plan de surveillance du rendement global et des plans de conception des services.

La *Medical Services Commission* détermine quels services sont assurés. Elle a également le pouvoir de désassurer des services, et les propositions à cet effet doivent lui être soumises. Il pourrait alors y avoir une consultation par le truchement d'un sous-comité de la Commission, comportant normalement un examen du comité des tarifs de la *British Columbia Medical Association*. Il n'y a pas eu de services désassurés en 2003-2004.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

La politique provinciale sur l'admissibilité aux services hospitaliers est définie au chapitre 2 du

Acute Care Policy Manual du ministère des Services de santé.

L'admissibilité et l'inscription des bénéficiaires en ce qui concerne les services médicaux assurés sont définies à l'article 7 de la *Medicare Protection Act*. La partie 2 du Medical and Health Care Services Regulations pris en application de la *Medicare Protection Act* établit les normes en matière de résidence. Une personne doit être résidente de la Colombie-Britannique pour être admissible aux services de santé assurés de la province. Un résident au sens de l'article 1 de la *Medicare Protection Act* est une personne qui a la citoyenneté canadienne ou est légalement autorisée à être au Canada en tant que résident permanent, qui élit domicile dans la province et qui y demeure au moins six mois par année civile. La définition de résident s'applique à la personne définie comme telle dans la partie 2 du Medical and Health Care Services Regulations mais non à celle qui est en Colombie-Britannique à titre de touriste ou de visiteur.

Tous les résidents, à l'exception des personnes admissibles à une couverture d'une autre source, ont droit à l'assurance-hospitalisation et à l'assurance-maladie. Les membres de la Gendarmerie Royale du Canada ou des Forces canadiennes et les détenus des pénitenciers fédéraux qui sont libérés, deviennent couverts dès le premier jour. Toutefois, s'ils se trouvent alors en dehors de la Colombie-Britannique, le délai prescrit par la loi s'applique.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Les résidents doivent être inscrits au régime d'assurance-maladie pour bénéficier des services médicaux et hospitaliers assurés, et les personnes admissibles sont tenues de s'inscrire. Une fois l'inscription faite, il n'y a pas de date d'expiration de la couverture. On recommande aux nouveaux résidents de s'inscrire dès leur arrivée dans la province. Chaque personne qui s'inscrit reçoit une carte d'assurance-maladie. Habituellement, il est possible de renouveler une inscription annulée par téléphone auprès du personnel responsable du *Medical Services Plan* (MSP).

Les personnes à charge des bénéficiaires peuvent être assurées, à condition de résider dans la province. Ce sont la conjointe ou le conjoint du titulaire (couple marié ou cohabitant en union libre) ou un enfant, ou un enfant en tutelle, célibataire dont le titulaire a la charge et qui a moins de 19 ans, ou moins de 25 ans s'il s'agit d'un étudiant à temps plein dans une école ou une université.

En date du 31 mars 2004, 4,10 millions de personnes étaient inscrites au MSP. L'inscription à ce régime est obligatoire. Seuls les adultes qui demandent officiellement à ne participer à aucun programme de santé provincial sont exemptés. En date du 31 mars 2004, c'était le cas pour 173 personnes.

3.3 Autres catégories de personnes

Habituellement, les demandeurs du statut de réfugié ne sont pas admissibles. Par ailleurs, les personnes qui ont obtenu le statut de réfugié et ont ainsi le droit de résider au Canada de façon permanente peuvent s'inscrire au régime de soins médicaux. Dans certaines circonstances, une attention spéciale est portée à ces personnes relativement à la date où ils commencent à être assurés. Les titulaires de permis ministériels ou de permis de séjour temporaires peuvent avoir droit aux services s'ils sont réputés être résidents au sens du Medical and Health Care Services Regulation. Dans ce cas, une période d'attente s'applique, soit le nombre de jours restant dans le mois où ils sont devenus résidents au sens du régime de soins médicaux, plus deux autres mois.

3.4 Primes

Il est obligatoire de s'inscrire au régime de soins médicaux, et le versement de primes est habituellement l'une des conditions d'admissibilité. Cependant, le fait de ne pas verser de primes ne compromet pas l'accès au régime si la personne satisfait aux conditions d'admissibilité de base. Les primes mensuelles

sont de 54 $ pour une personne seule, de 96 $ pour une famille de deux personnes et de 108 dollars pour une famille de trois personnes ou plus. Les personnes à faible revenu peuvent avoir droit à de l'aide pour le paiement de la prime. Il existe cinq niveaux d'aide, allant de 20 pour cent à 100 pour cent de la prime fixée. Seules les personnes qui ont habité au Canada pendant au moins douze mois consécutifs et qui sont citoyennes canadiennes ou qui ont le statut de résident permanent (immigrant reçu) ont droit à cette aide.

Il n'y a pas de primes supplémentaires pour les services hospitaliers assurés, mais il y a des frais quotidiens pour les soins hospitaliers prolongés dispensés aux patients de plus de 19 ans. Le montant de ces frais, qui couvrent l'hébergement et les repas, est établi une fois par année. En date du 31 mars 2004, il variait de 27,60 $ à 66,30 $ par jour, selon le revenu du client. Dans certains cas où celui-ci n'a pas les moyens de payer le taux prévu, une disposition permet de soustraire un pourcentage du tarif journalier. Les tarifs sont augmentés le 1er janvier de chaque année en fonction de l'indice des prix à la consommation.

4.0 Transférabilité

Les personnes qui déménagent de façon permanente dans une autre province canadienne sont couvertes jusqu'à la fin du deuxième mois suivant leur départ. Leur protection peut être prolongée (pas plus de trois mois) pendant une période raisonnable de déplacement.

Les personnes qui quittent définitivement le Canada sont couvertes jusqu'à la fin du mois de leur départ.

4.1 Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence pour être admissible aux services hospitaliers et médicaux assurés est une période d'attente qui se termine à minuit le dernier jour du deuxième mois suivant celui où une personne est devenue résidente de la province.

Les immigrants ayant reçu le droit d'établissement deviennent admissibles après ce délai, tout comme les étrangers munis de permis de travail ou de visas d'étudiant, à condition que ces documents soient valides pour au moins six mois et aient été délivrés au moment de l'entrée au Canada.

4.2 Couverture au cours d'absences temporaires au Canada

Les articles 3, 4 et 5 du Medical and Health Care Services Regulations définissent les exigences en matière de transférabilité des services médicaux assurés pour les personnes qui s'absentent temporairement de la Colombie-Britannique, mais demeurent au Canada. En 2003-2004, il n'y a eu aucune modification de ce règlement d'application de la *Medicare Protection Act* touchant les dispositions sur la transférabilité.

L'article 17 de la *Hospital Insurance Act* autorise le ministre de la Santé à conclure un accord avec n'importe quelle autre province pour favoriser les communications et la coopération maximales entre les provinces en matière d'assurance-hospitalisation et à prendre des dispositions pour qu'une personne admissible puisse déménager dans une autre province ou un autre territoire sans interruption de sa couverture.

Les personnes qui quittent temporairement la province pour prendre des vacances prolongées ou occuper un emploi temporaire peuvent être couvertes pendant une durée maximale de 12 mois. Une seule approbation est accordée par période de cinq ans pour les absences de plus de six mois au cours d'une année civile. Les résidents qui s'absentent de la province une partie de l'année, chaque année, doivent demeurer au Canada pendant au moins six mois de l'année civile et conserver leur domicile en Colombie-Britannique. Les personnes qui étudient à temps plein dans une école reconnue d'une autre province ou d'un autre territoire sont couvertes pendant la durée de leurs études.

En vertu des ententes de facturation réciproque interprovinciale et interterritoriale, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement leurs regimes pour les services

offerts aux habitants admissibles de la Colombie-Britannique qui avaient présenté une carte d'assurance-maladie valide (carte santé). La Colombie-Britannique effectue le paiement à la province ou au territoire où les services ont été rendus conformément au barème d'honoraires de cette province ou de ce territoire. Pour les soins aux patients hospitalisés, les paiements correspondent au taux applicable aux salles, facturé par l'hôpital. Pour les services externes, ils correspondent aux taux prévus dans les ententes de facturation réciproque. Le paiement, sauf dans le cas de services exclus facturés au patient, se fait par le truchement des mécanismes de facturation réciproque entre les provinces. Le montant versé à une autre province ou à un territoire pour les services offerts aux patients externes ou hospitalisés totalisait 56,4 millions de dollars en 2003-2004. Celui versé aux médecins de ces provinces et territoires était de 24,2 millions de dollars.

Comme le Québec ne participe pas aux ententes de facturation réciproque, les réclamations relatives aux services assurés fournis par les médecins de cette province aux bénéficiaires de la Colombie-Britannique doivent être traitées séparément. Le remboursement va au médecin ou directement au bénéficiaire, selon que c'est l'un ou l'autre qui a fait la demande.

4.3 Couverture au cours d'absences temporaires à l'étranger

Le titre 4 du Hospital Insurance Act Regulations et les articles 3, 4 et 5 du Medical and Health Care Services Regulations définissent les exigences en matière de transférabilité applicables aux services hospitaliers et médicaux assurés à l'extérieur du Canada. En 2003-2004, aucune modification des dispositions relatives à la transférabilité n'a été apportée au Medical and Health Care Services Regulation.

Une personne admissible qui quitte la Colombie-Britannique pour étudier à temps plein dans une université, un collège ou un autre établissement d'enseignement reconnu par la *Medical Services Commission* reste admissible aux services pendant la durée de son absence jusqu'au dernier jour du mois où elle fréquente cet établissement à temps plein ou, si elle étudie à l'étranger, jusqu'au dernier jour du 60e mois depuis la date de son départ de la province.

Une personne admissible qui quitte la province pour prendre des vacances ou aller travailler pendant plus de six mois est réputée être résidente pour ce qui est de l'admissibilité pendant les premiers douze mois consécutifs de son absence, si elle obtient une autorisation préalable de la Commission, n'élit pas domicile à l'extérieur de la Colombie-Britannique et n'a pas reçu d'autorisation d'absence similaire depuis 60 mois.

Moyennant une autorisation préalable, les services hospitaliers qui ne peuvent être obtenus au Canada sont couverts aux taux courants et habituels des hôpitaux. Dans d'autres circonstances, sous réserve d'une autorisation préalable, les soins offerts à un patient hospitalisé sont couverts au taux établi pour les lits en salle. Les services externes de dialyse peuvent être couverts au taux canadien prévu par les provinces et les territoires dans les ententes de facturation réciproque. Dans tous les autres cas, y compris les urgences et les maladies subites au cours d'une absence temporaire de la province, les soins aux patients hospitalisés ou les soins chirurgicaux fournis dans une unité de soins d'un jour sont payés jusqu'à concurrence de 75 dollars canadiens par jour pour les adultes et les enfants, et de 41 dollars canadiens pour les nouveau-nés. En 2003-2004, les montants versés aux hôpitaux et aux médecins de l'étranger pour la prestation dans ces pays de services assurés s'élevaient à 2,7 et à 2,5 millions de dollars, respectivement.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune autorisation préalable n'est requise pour les interventions non urgentes couvertes en vertu des ententes de facturation réciproque interprovinciales, mais pour celles qui ne le sont pas, une autorisation préalable de la Commission est nécessaire. Certains traitements (p. ex. dans

le cas de l'anorexie) doivent être autorisés par la *Performance Management and Improvement Division*. Tous les services non urgents fournis à l'étranger doivent être approuvés par la Commission avant la prestation du service.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le gouvernement de la Colombie-Britannique estime offrir à tous les résidents un accès raisonnable aux services hospitaliers et aux soins de santé. Les bénéficiaires, définis comme tels dans la *Medicare Protection Act* et le *Acute Care Policy Manual* du ministère des Services de santé, sont admissibles à tous les services hospitaliers et médicaux nécessaires. Pour assurer un accès équitable, sans égard au revenu, la partie 4 de la *Medicare Protection Act* interdit la surfacturation par les médecins inscrits.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En décembre 2003, 29 982 infirmières autorisées exerçaient leur profession dans la province. Les hôpitaux de la Colombie-Britannique emploient également des infirmières psychiatriques autorisées (IPA) et des infirmières auxiliaires autorisées (IAA). En 2003, il y avait dans la province 2 149 IPA et 4 923 IA.. En septembre 2003, le gouvernement de la province a annoncé l'injection de 6,7 millions de dollars de plus dans sa stratégie sur les soins infirmiers pour continuer d'améliorer le recrutement, le maintien en poste et la formation du personnel infirmier partout dans la province. Depuis août 2001, les engagements du gouvernement au titre des stratégies sur les soins infirmiers ont augmenté et s'élèvent maintenant à 59 millions de dollars.

Ces stratégies sont définies, élaborées et mises en œuvre par le ministère des Services de santé avec le concours du personnel infirmier et d'autres intervenants. Elles visent à améliorer le recrutement, le maintien en poste et la formation du personnel infirmier et d'étudiants en soins infirmiers, ainsi que le milieu de travail de ces professionnels. Des consultations auprès des intervenants, les conseils du comité consultatif de la province sur les soins infirmiers et l'examen des politiques et des tendances provinciales ont permis de dégager les priorités suivantes :

- ☐ planifier les ressources humaines de manière que la province puisse recruter, maintenir en poste et former du personnel infirmier et satisfaire ainsi à ses besoins en matière de soins de santé;
- ☐ améliorer le milieu de travail du personnel infirmier en encourageant les autorités sanitaires et le gouvernement à élaborer des politiques de soins infirmiers qui tiennent compte des recherches récentes et des tendances provinciales, nationales et mondiales.
- ☐ compiler les données sur les soins infirmiers pour mieux comprendre les tendances et l'évolution des besoins en matière de soins infirmiers et de soins de santé;
- ☐ présenter les soins infirmiers comme une profession de choix, pour que la Colombie-Britannique conserve son système de soins de santé de qualité.

En octobre 2003, l'assemblée législative a adopté la *Health Professions Amendment Act*, qui encadre la profession d'infirmière praticienne. Trente places ont été créées dans les programmes d'infirmières praticiennes de l'Université de la Colombie-Britannique et de l'Université Victoria en septembre 2003. Il y en aura 15 autres à l'Université du Nord de la Colombie-Britannique, conformément à l'annonce faite en mars 2004. Ce nouveau programme contribue à l'amélioration des soins de santé en élargissant l'éventail de professionnels qui soignent les patients. Le recours aux infirmières praticiennes s'inscrit dans l'initiative provinciale sur les soins de santé primaires, qui vise à élargir la gamme de services de santé intégrés pour mieux répondre aux besoins des patients.

C'est l'État qui finance les services fournis par les sages-femmes, et 4 pour cent des accouchements pratiqués chaque année en Colombie-Britannique le sont par ces professionnelles. Ce pourcentage est appelé à augmenter en 2005, avec l'arrivée des diplômées de l'école des sages-femmes de l'Université du Nord de la Colombie-Britannique. En décembre 2004, 101 sages-femmes exerçaient leur profession en Colombie-Britannique, dans les villes et en milieu rural. Toutefois, ont les retrouvait en milieu urbain dans une proportion de 75 pour cent.

Le programme de télésanté, financé par la *Provincial Health Services Authority* depuis le deuxième semestre de 2002, continue d'améliorer l'accès aux services dans la province.

Le 31 mars 2003 a marqué la fin de la période de financement fédéral du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS), et les autorités sanitaires régionales financent maintenant le matériel et l'infrastructure déployés au cours du PPICS.

Les services établis par le truchement des divers projets continuent d'être assurés, et de nouvelles applications sont régulièrement mises en œuvre. Quatre domaines ont été définis en télésanté, soit la télémédecine, les télésoins à domicile, le téléapprentissage et le télétriage. Les efforts tendent vers l'amélioration de l'accès aux services de télésanté pour les collectivités autochtones, rurales ou éloignées, ou de langue officielle minoritaire.

Les services de soins actifs offerts en Colombie-Britannique par le truchement de la télésanté, le sont dans environ 20 secteurs de programme cliniques. Citons l'oncologie, la santé mentale et la psychiatrie, la médecine maternelle et fœtale, la médecine génétique, l'orthopédie, la pharmacie, la chirurgie thoracique, la traumatologie et le soin des plaies, où la télésanté est mise à contribution pour la prestation de services. Par ailleurs les enfants peuvent bénéficier de services dans des domaines comme la psychiatrie, la réadaptation et le développement, les troubles de l'alimentation et la nutrition, la néonatologie, la cardiologie, l'oncologie, les soins palliatifs, la physiothérapie et l'orthophonie.

Un comité directeur provincial sur la télésanté recherche et définit les priorités du gouvernement dans ce secteur.

Des normes d'accès aux soins actifs sont utilisées par les autorités sanitaires dans la restructuration des services hospitaliers. Ces normes fixent la durée maximale du transport vers les services d'urgence et définissent les services aux patients hospitalisés et ceux des spécialités de base. Elles visent à assurer à la majorité des Britanno-Colombiens, sur tout le territoire de la province, un accès raisonnable à ces services. Le plan de services du ministère des Services de santé pour 2002-2003 et 2004-2005 prévoit des mesures du rendement concernant les temps d'attente pour les services clés (radiothérapie et chimiothérapie). En 2003-2004, les objectifs en ce qui concerne les temps d'attente pour ces services ont été atteints.

En 2003-2004, le ministère des Services de santé a continué de collaborer avec les autorités sanitaires pour améliorer sa planification des immobilisations et ses processus, et pouvoir ainsi mieux répondre aux besoins du secteur de la santé. La mise en œuvre du nouveau cadre stratégique de la province en matière d'immobilisations (à savoir le *Capital Asset Management Framework*, 2002) favorise l'adoption de pratiques exemplaires et d'une approche plus souple pour répondre aux besoins en matière de prestation de services. En 2003-2004, conformément aux directives du cadre, les autorités sanitaires ont présenté leurs plans d'immobilisations. C'est une mesure qui intègre plus clairement la planification des immobilisations à la restructuration et aux plans budgétaires et constitue une approche plus stratégique de la fourniture de biens immobiliers, comme des établissements et du matériel hospitaliers. Grâce à une planification plus rigoureuse, l'argent dédié à la santé sera mieux utilisé, ce qui permettra de répondre à la demande croissante relativement aux immobilisations actuelles et fera en sorte que

les autorités sanitaires puissent entretenir et améliorer leurs immobilisations.

Le Ministère alloue un financement d'immobilisations aux autorités sanitaires pour l'entretien, la rénovation, le remplacement et l'agrandissement des établissements de santé. Le plan pluriannuel de dépenses d'immobilisations du Ministère comportait, pour 2003-2004 :

- un financement général de 115 millions de dollars pour l'entretien et l'amélioration des établissements et l'achat de matériel;
- des dépenses courantes à même un fonds de 100 millions de dollars établi en 2002-2003, et qui permettra la réalisation de travaux rendant les établissements utilisables à des fins conformes aux priorités régionales et provinciales; des économies sur le plan des immeubles et des opérations; l'adoption de pratiques exemplaires;
- des dépenses courantes à même un fonds de 138 millions de dollars établi en 2002-2003 pour le déménagement de lits de psychiatrie de l'hôpital Riverview dans les diverses régions sociosanitaires;
- des données sur la première année du financement prévu dans l'accord sur le renouvellement des soins de santé conclu par les premiers ministres en 2003; du 1,5 milliard de dollars du fonds national, 200,1 millions sont allés à la Colombie-Britannique pour l'achat de matériel diagnostique et thérapeutique et la formation spécialisée du personnel; en 2003-2004 les autorités sanitaires ont acheté pour 21,7 millions de dollars de matériel, dont :
  - des appareils d'imagerie diagnostique (p.ex. unités de tomodensitométrie);
  - du matériel thérapeutique et d'autres types de matériel diagnostique (p.ex. matériel de laboratoire);
  - du matériel médical et chirurgical (p.ex. appareils d'anesthésie);
  - du matériel utilitaire et du matériel de sécurité (p.ex. dispositifs de levage ou aides à la mobilité).

En 2003-2004, le Ministère a entrepris de recenser et d'évaluer les établissements, les terrains, le grand équipement et les installations locatives appartenant aux autorités sanitaires. Il n'y avait jamais eu d'évaluation aussi exhaustive des biens d'un système public et sans but lucratif en Colombie-Britannique, et les résultats devraient être des plus utiles pour les autorités sanitaires lorsqu'elles auront des décisions à prendre. De plus, une base de données complète leur permettra de mieux comparer les biens de chacune, de définir l'ordre de priorité des projets et d'évaluer la nature et les coûts des investissements d'immobilisation qu'exigera la prestation de services.

Le *BC HealthGuide Program*, entrepris en 2001, prévoit une approche globale axée sur les soins personnels, unique au Canada, et reposant sur la diffusion d'information sous différentes formes, notamment :

- Le *BC HealthGuide Handbook* – livré gratuitement à tous les ménages en Colombie-Britannique, renferme des conseils sur la prévention et le dépistage précoce des maladies, l'opportunité de consulter un médecin et les soins personnels à domicile, ainsi que des renseignements sur la prise en charge des maladies chroniques. Le Guide-santé – Colombie-Britannique, version française du guide, est sortie en juin 2004. Par ailleurs, le *BC First Nations Health Handbook* a été élaboré en partenariat avec le Comité de santé des Chefs des Premières nations de la Colombie-Britannique. Il contient des renseignements précis sur les services de santé offerts aux collectivités autochtones. Distribué aux collectivités autochtones en janvier 2003, ce guide leur fournit des outils et des renseignements qui les aideront à améliorer leur état de santé.
- Le *BC HealthGuide OnLine* vient compléter les renseignements figurant dans le guide. Il compte plus de 35 000 pages, dont le contenu est vérifié par des médecins, et où sont abordées plus de 3 000 questions ayant trait aux symptômes et aux affections. Le site : **www.bchealthguide.org** est mis à jour sur une base trimestrielle.

- La *BC NurseLine*, à numéro sans frais, offre en tout temps des services téléphoniques de triage et d'info-santé. Les infirmières autorisées sont spécialement formées à l'utilisation de protocoles, qui sont approuvés par des médecins et suivis pour répondre aux questions sur des symptômes et des affections aigus ou chroniques. Grâce à la ligne, il est possible de fournir aux gens les renseignements dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin et là où ils en ont besoin. S'ajoutent des services pour les personnes sourdes et malentendantes et des services de traduction vers plus de 130 langues, qui améliorent l'accès pour tous les habitants de la Colombie-Britannique. En 2003-2004, la *BC NurseLine* a reçu plus de 250 018 appels. C'est une augmentation de 44,6 pour cent par rapport à l'exercice précédent.
- Le 19 juin 2003, le volet pharmaceutique de la *BC NursesLine* est entré en vigueur. Les habitants de la Colombie-Britannique peuvent poser des questions sur les médicaments à un pharmacien, entre 17 h et 9 h, tous les jours de l'année.
- Depuis l'entrée en vigueur de ce volet, la *BC NursesLine* a acheminé à ses pharmaciens 10 742 appels qui portaient sur des médicaments. Parmi ces appels, 1 118, soit au-delà de 10 pour cent, étaient motivés par des effets indésirables de médicaments (EIM). Les pharmaciens qui ont reçu ces appels ont fait plus de 324 notifications au centre régional des EIM de la Colombie-Britannique, qui à son tour les a fait parvenir à Santé Canada, responsable de la surveillance des effets indésirables non prévus ou graves des médicaments ou des effets indésirables des nouveaux médicaments sur le marché. Le service pharmaceutique est responsable de plus de 20 pour cent de tous les rapports EIM soumis à Santé Canada par le British Columbia Regional ADR Centre, ce qui en fait un important contribuant à la sécurité des patients – non seulement pour les Britanno-Colombiens, mais aussi pour tous les Canadiens.
- Les *BC Health Files* – forment une série de plus de 170 feuillets d'information d'une page, faciles à comprendre, sur diverses questions de santé et de sécurité publiques et environnementales. Les feuillets sont disponibles dans les bureaux et services de santé de la province, qui en compte plus de 120, et dans certains autres bureaux.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie-dentaire assurés

En 2003-2004, 4 573 omnipraticiens, 3 510 spécialistes et 243 dentistes, rémunérés à l'acte, ont offert des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés. En outre, la totalité ou une partie du revenu d'environ 2 292 omnipraticiens et spécialistes provenait d'une rémunération dans le cadre de l'*Alternative Payments Program* (APP) de la province. Ce programme fournit des fonds aux autorités sanitaires régionales pour qu'elles retiennent les services de médecins à contrat pour la prestation de services cliniques assurés.

Le ministère des Services de santé a mis en oeuvre plusieurs nouveaux programmes en vertu d'une entente conclue avec les médecins en 2002, la *Subsidiary Agreement for Physicians in Rural Practice*. Cette entente vise à améliorer la disponibilité et la stabilité des services médicaux dans les petites régions urbaines, rurales ou éloignées de la Colombie-Britannique. Le *Rural Retention Program*, qui prévoit des primes pour les médecins ruraux admissibles (environ 1 200), est aussi offert aux médecins visiteurs et aux suppléants. Par l'entremise du *Northern and Isolation Travel Assistance Outreach Program*, des fonds ont été alloués pour couvrir les coûts de quelque 1 400 visites de médecins de famille et de spécialistes dans des collectivités rurales. Grâce au *Rural General Practioner Locum Program*, des médecins pratiquant dans environ 55 petites collectivités ont reçu une aide financière pour la formation médicale continue et ont pu bénéficier de vacances. Par ailleurs, le *Rural Specialist Locum Program* permet aux praticiens de 17 collectivités rurales exerçant dans une spécialité de base de faire appel à des

suppléants, pendant que des efforts de recrutement sont déployés. Le *Rural Education Action Plan* a favorisé la formation en médecine rurale sous diverses formes, notamment l'expérience du travail en milieu rural pour les étudiants en médecine et le perfectionnement pour les médecins praticiens. Le 1er avril 2004, le Isolation Allowance Fund a été créé pour offrir des fonds aux collectivités qui comptent mois de quatre médecins et qui n'ont pas d'hôpital et qui ne reçoivent pas de paiements pour un programme de services médicaux sur appel ou fournis par des médecins en disponibilité, un service de rappel ou un programme de médecins de jour. Le *Rural Loan Forgiveness Program* offre aux médecins, aux infirmières, aux sages-femmes et aux pharmaciens une réduction de 20 pour cent de leur prêt étudiant de la Colombie-Britannique par année de pratique en milieu rural.

En novembre 2002, la Colombie-Britannique a reçu un financement de 73,5 millions de dollars pour quatre ans (de 2002 à 2006) du gouvernement fédéral pour améliorer durablement les soins de santé primaires (SSP) et l'accès des patients à des services intégrés et de qualité dans les cabinets de médecins et les cliniques communautaires, « premiers points de contact » habituels avec le système de soins de santé. Depuis, le nombre de centre modèles de SSP offrant des soins interdisciplinaires et des heures d'ouverture prolongées a augmenté, et s'établit à neuf. Les autorités sanitaires régionales prévoient qu'il y en aura 30 d'ici à mars 2006.

L'École de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique (UBC) s'agrandira et, en collaboration avec l'Université du Nord de la Colombie-Britannique et l'université Victoria, doublera presque le nombre de ses étudiants. En 2002, pour donner suite à l'engagement de la Colombie-Britannique d'agrandir sa seule école de médecine, le gouvernement provincial a annoncé un financement de 134 millions de dollars pour la construction d'un centre des sciences de la vie au campus de Vancouver de l'UBC et de centres régionaux d'études médicales à Prince George et à Victoria. En 2004, le nombre de place en première année de médecine était de 200, contre 128 en 2003. Avec l'ajout de 24 autres places en 2005, le nombre annuel possible de diplômés de médecine de l'UBC s'élèvera à 224 en 2009.

En plus d'agrandir l'École de médecine, le gouvernement a commencé à augmenter graduellement le nombre de places en résidence pour les diplômés. En 2004, 32 places se sont ajoutées en première année de résidence, de sorte qu'entre 2003 et 2010 le nombre de résidents de 1ere année aura doublé, passant de 128 à 256.

5.4 Rémunération des médecins

La Colombie-Britannique négocie avec la *British Columbia Medical Association* (BCMA) les modalités, les services assurés et la rémunération générale des médecins en ce qui concerne la prestation des services assurés. Les ententes visent les médecins rémunérés à l'acte et les autres, soient ceux qui travaillent à contrat, sont payés à la vacation ou reçoivent un salaire.

Une importante augmentation a été accordée en 2002 aux médecins de la Colombie-Britannique, qui comptent maintenant parmi les mieux rémunérés au Canada. La rémunération des médecins s'élève à plus de 2,5 milliards de dollars, ce qui représente 23 pour cent du budget des soins de santé. En juin 2004, le gouvernement et la BCMA ont signé trois lettres d'entente. Ces lettres avaient trait à une entente de fait, à la réforme des laboratoires et à des sujets connexes. Il a ainsi été convenu de réaffecter 100 millions de dollars d'économies à l'amélioration des soins aux patients.

En outre, selon l'entente, la rémunération n'augmentera pas pendant deux ans, le gouvernement et les médecins communiqueront davantage, par le truchement de comités ou de consultations, il y aura une réaffectation du financement des services, les soins de maternité seront améliorés, des fonds seront affectés au recrutement et au maintien en poste de généralistes et de spécialistes en milieu rural, les omnipraticiens recevront du soutien pour la prise en charge des maladies chroniques et les

laboratoires feront l'objet d'une réforme et seront modernisés.

L'entente, qui va du 1er avril 2004 au 31 mars 2007, a été conclue à la suite de négociations plutôt que par voie de conciliation. L'augmentation de la rémunération sera négociée avec les médecins au cours de la troisième année de l'entente. Comme celle-ci prévoit la possibilité d'un arbitrage exécutoire au cours de cette troisième année, elle est conforme à la *Loi canadienne sur la santé*.

L'article 13 de la *Medicare Protection Act* autorise les praticiens (notamment les médecins et autres professionnels de la santé, comme les dentistes) qui sont inscrits au sens de la loi et offrent des services assurés à un bénéficiaire du MSP à recevoir de ce dernier un paiement pour leurs services, conformément au barème d'honoraires approprié. Aucune modification n'a été apportée à l'article 13 de la *Medicare Protection Act* en 2003-2004.

Les services médicaux offerts dans la province sont payés aux médecins par l'entremise du MSP, d'après la réclamation présentée par ceux-ci. Pour leur part, les médecins qui fournissent des services à contrat sont payés par le truchement de l'*Alternative Payment Program* (APP), également d'après la réclamation présentée. Le patient n'intervient généralement pas dans le système de paiement. Le pourcentage de réclamations électroniques soumises par la voie du *Teleplan system* est de 99,9 pour cent. Les autres réclamations sont soumises à l'aide de cartes de demande de paiement. En 2003-2004, le pourcentage de la rémunération versée par le truchement de l'APP était d'environ 9,5 pour cent.

L'APP fournit un financement pour certains programmes aux six autorités sanitaires de la province et aux Nisga'a, qui établissent ensuite des ententes avec les médecins pour leurs services ou leur temps, ententes qui prévoient des contrats de services ou une rémunération à la vacation. Des ententes provinciales, négociées à titre d'ententes auxiliaires de l'entente cadre et de l'entente de fait entre le gouvernement de la Colombie-Britannique et la BCMA, établissent les modalités de la rémunération des médecins pour la prestation de services financés par le gouvernement, y compris dans le cas des paiements effectués par le truchement de l'APP. Environ 2 292 médecins sont rémunérés, en partie ou entièrement, dans le cadre d'ententes de financement de l'APP.

5.5 Paiements aux hôpitaux

En 2003-2004, les paiements aux autorités sanitaires totalisaient 6,2 milliards de dollars. Ils avaient été versés pour la prestation de toute la gamme des services de soins de santé offerts dans la région, dans des domaines comme les soins actifs, les soins en établissement, les soins en milieu communautaire, la santé publique, la prévention, la santé mentale chez les adultes et les programmes de toxicomanie. Ces paiements n'incluent pas ceux du *Medical Services Plan* ni ceux que fait le ministère des Services de santé aux autorités sanitaires pour ses programmes.

En 2003-2004, les paiements aux hôpitaux d'autres provinces ou de territoires pour la prestation de services assurés (patients hospitalisés et externes) aux résidents de la Colombie-Britannique ont totalisé 56,4 millions de dollars, tandis que ceux aux hôpitaux de pays étrangers s'élevaient à 2,7 millions de dollars.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le financement reçu du gouvernement fédéral par le truchement du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux a été reconnu et mentionné par le gouvernement de la Colombie-Britannique dans divers sites Web et documents gouvernementaux. Pour l'exercice 2003-2004, ces documents sont les suivants :

- Comptes publics pour 2003-2004 (déposés le 29 juin 2004) :
  http://www.fin.gov.bc.ca/ocg/pa/03_04/PA_2004_all.pdf

- ☐ Budget et plan financier de 2004-2005 à 2006-2007 (déposé le 17 février 2004): **http://www.bcbudget.gov.bc.ca/bfp/default.htm**
- ☐ Budget des dépenses pour l'exercice se terminant le 31 mars 2005 (déposé le 17 février 2004) **http://www.bcbudget.gov.bc.ca/est/25-26_Health_Services.html**

7.0 Services complémentaires de santé

Le ministère des Services de santé alloue des fonds aux autorités sanitaires pour qu'elles offrent une gamme étendue de services de soins de soutien aux personnes privées de leur autonomie en raison de problèmes de santé chronique ou qui ont besoin de soins actifs pouvant être donnés à domicile. Ces services comprennent la gestion de cas; les services à domicile (soutien, soins infirmiers communautaires, physiothérapie, ergothérapie, conseils en nutrition, services de travailleurs sociaux et repas); les résidences-services (foyer de type familial, foyer de groupe et établissements de soins); les soins palliatifs en milieu communautaire; les hospices; les soins de soutien spéciaux (centres de jour pour adultes, services de relève et centres d'évaluation et de traitement). Ils sont fournis à l'échelle communautaire, par l'intermédiaire des autorités sanitaires.

Les services de soins en établissement assurent aux adultes dont on ne peut plus s'occuper à domicile des soins infirmiers et une surveillance dans un milieu protégé et où on veille à leur bien-être, en tout temps.

Les résidences-services offrent un hébergement sous forme d'unité d'habitation privée dont la porte peut être verrouillée, des services d'accueil et des services de soins personnels.

Les hospices offrent un milieu de vie qui recrée celui de la maison. Des services de soins professionnels y sont fournis aux Britanno-Colombiens de tous âges en phase terminale d'une maladie ou en fin de vie, avec le souci de leur bien-être. Les services offerts peuvent être des soins médicaux et infirmiers, la planification de soins spécialisés, la prise en charge de la douleur et des symptômes, le soutien psychosocial et spirituel et le soutien aux personnes endeuillées.

Diverses autres formes d'hébergement sont disponibles par le truchement des autorités sanitaires pour les personnes souffrant de maladie mentale ou ayant des problèmes de toxicomanie. Les établissements de soins pour bénéficiaires internes offrent des services 24 heures sur 24, dont des services de traitements intensifs. Des logements subventionnés offrent un hébergement stable et sûr aux résidents qui reçoivent un traitement ou des services de réinsertion sociale dans la collectivité. En outre, les personnes qui souffrent de maladie mentale peuvent demeurer dans des foyers familiaux où ils reçoivent de l'aide pour les activités de la vie quotidienne. Ces foyers sont exploités par des familles ou des personnes qui sont rémunérées pour leurs services.

Les services de soins infirmiers à domicile et les services de réadaptation en milieu communautaires sont offerts à des personnes de tous âges par des infirmières autorisées et des thérapeutes en réadaptation. Ils sont offerts sur une base non urgente et comprennent l'évaluation, l'enseignement, la consultation, la coordination des soins, ainsi que la prestation de soins ou l'administration de traitements par du personnel infirmier aux clients ayant besoins de soins prolongés, actifs ou palliatifs, ou des services de réadaptation.

Les services de soutien à domicile offrent une aide aux activités de la vie quotidienne et aux soins personnels. Les centres de jour pour adultes offrent sur place des activités sociales, récréatives et liées à la santé.

Les soins en fin de vie assurent le confort du patient, préservent sa dignité et lui conservent une qualité de vie en soulageant ou en contrôlant les symptômes. Le mourant et ses proches peuvent alors consacrer leurs énergies à profiter

du temps qu'il leur reste à passer ensemble. Des soignants professionnels et du personnel auxiliaire prodiguent avec compassion des soins de soutien à domicile, à l'hôpital, à l'hospice, à des résidences-services ou à des établissements de soins pour bénéficiaires internes.

Le *Palliative Care Benefits Program*, mis en œuvre en 2001, permet de fournir gratuitement des soins palliatifs à domicile, dont l'administration de médicaments pour soulager la douleur et les autres symptômes, ainsi que des fournitures médicales et de l'équipement.

Personnes inscrites	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
1 Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	3 785 150	3 804 133	3 981 617	4 019 744	4 084 463

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
2 Quantité (#) [1]					
a. soins actifs	94	94	94	92	92
b. soins chroniques	17	18	18	18	18
c. soins de réadaptation	3	3	3	3	3
d. autres	25	25	25	25	24
e. total	139	140	140	138	137
3 Paiements ($) [2]					
a. soins de courte durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004** [3]
4 Quantité (#)					
a. installations chirurgicales	1	1	1	1	11
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	0
c. total	1	1	1	1	11
5 Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) [4]					
a. installations chirurgicales	810	634	689	612	non disponible [5]
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total	810	634	689	612	non disponible
6 Paiements totaux destinés aux ($)					
a. installations chirurgicales	558 000	348 700	353 100	358 600	1 470 370
b. établissements d'imagerie diagnostique	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. total	558 000	348 700	353 100	358 600	1 470 370

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	4 277	4 359	4 430	4 471	4 573
b. spécialistes	3 268	3 297	3 380	3 421	3 510
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	7 545	7 656	7 810	7 892	8 083
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	4	3	3	3	3
b. spécialistes	10	5	3	3	2
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	14	8	6	6	5
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	1	1	1	1	1
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	1	1	1	1	1
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	22 942 977	23 037 717	22 786 171	23 099 256	23 930 105
b. spécialistes	32 791 108	34 565 990	36 207 479	38 541 400	39 828 847
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	55 734 085	57 603 707	58 993 650	61 640 656	63 758 952
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte ($) :					
a. omnipraticiens	658 975 987	665 989 273	720 487 209	749 875 492	772 938 345
b. spécialistes	933 134 582	969 589 022	1 076 322 482	1 154 109 934	1 193 934 257
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. total	1 592 110 569	1 635 578 295	1 796 809 691	1 903 985 426	1 966 872 602
12. Paiement moyen par frais de service ($) :					
a. omnipraticiens	28,72	28,91	31,62	32,46	32,30
b. spécialistes	28,46	28,05	29,73	29,94	29,98
c. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. tous les services	28,57	28,39	30,46	30,89	30,85
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) : [6]					
a. médicaux	25 129 877	25 201 483	24 994 070	25 423 944	25 921 437
b. chirurgicaux	4 431 716	4 417 069	4 317 461	4 393 613	4 520 151
c. diagnostics	26 172 492	27 985 155	29 682 119	31 823 099	33 317 364
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	55 734 085	57 603 707	58 993 650	61 640 656	63 758 952
14. Paiements totals effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement ($) : [6]					
a. médicaux	928 286 068	942 736 513	1 025 581 421	1 068 441 470	1 093 491 339
b. chirurgicaux	250 524 151	252 828 480	279 710 272	296 852 610	307 627 814
c. diagnostics	413 300 350	440 013 302	491 517 998	538 691 346	565 753 449
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. total	1 592 110 569	1 635 578 295	1 796 809 691	1 903 985 426	1 966 872 602
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement ($) : [6]					
a. médicaux	36,94	37,41	41,03	42,03	42,18
b. chirurgicaux	56,53	57,24	64,78	67,56	68,06
c. diagnostics	15,79	15,72	16,56	16,93	16,98
d. autres	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
e. tous les services	28,57	28,39	30,46	30,89	30,85

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	7 231	8 113	8 113	7 618	7 294
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	70 070	83 765	80 732	83 152	81 911
18. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	34 477 406	35 882 521	40 898 996	40 195 515	45 318 174
19. Paiements totaux, consultations externes ($)	9 585 916	9 149 496	10 604 141	11 223 254	11 105 322
20. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	4 768,00	4 422,84	5 041,17	5 276,39	6 213,08
21. Paiement moyen, consultations externes ($)	136,80	109,23	131,35	134,97	135,58
Médecins [7]	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
22. Quantité de services (#)	552 822	579 390	543 210	625 939	647 761
23. Paiements totaux ($)	17 016 961	18 541 081	18 934 857	22 687 705	24 151 538
24. Paiement moyen par service ($)	30,78	32,00	34,86	36,25	37,28

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	2 494	2 097	1 964	1 795	1 970
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	324	720	637	949	611
27. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	5 375 289	6 463 676	9 246 228	2 294 341	2 365 051
28. Paiements totaux, consultations externes ($)	65 137	134 789	119 928	543 969	294 712
29. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	2 155,29	3 082,34	4 707,86	1 278,18	1 200,53
30. Paiement moyen, consultations externes ($)	201,04	187,21	188,27	573,20	482,34
Médecins [8]	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
31. Quantité de services (#)	77 424	77 973	71 940	71 377	57 093
32. Paiements totaux ($)	3 485 618	3 281 934	3 013 045	3 083 949	2 458 027
33. Paiement moyen par service ($)	45,02	42,09	41,88	43,21	43,05

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
34. Nombre de dentistes participants (#)	272	283	275	249	243
35. Nombre de services fournis (#)	54 638	55 643	43 505	36 680	36 809
36. Paiements totaux ($)	5 893 820	6 321 864	5 401 691	5 379 450	5 164 249
37. Paiement moyen par service ($)	107,87	113,61	124,16	146,66	140,30

Notes

Pour les questions 1 à 3 : toutes les données sont provisoires pour l'année 2003-2004. Les données historiques et actuelles peuvent varier d'un rapport à l'autre en raison des changements, d'année en année, dans les sources de données, les définitions et les méthodes.

1. En Colombie-Britannique, les catégories utilisées pour classer les établissements dans le tableau du rapport de la Loi sur la santé ne correspondent pas à celles normalement en usage au Ministère. Par exemple, la Colombie-Britannique n'utilise pas la catégorie « établissement pour maladies chroniques ».
   - Aux fins du tableau, les établissements de la Colombie-Britannique ont été placés dans les catégories de la Loi sur la santé qui s'en rapprochaient le plus.
   - La catégorie « autre » correspond aux centres de traitement et de diagnostic.
   - Il est possible que le nombre d'établissements indiqué dans le présent tableau ne corresponde pas à celui que l'on trouve dans la Base de données sur les congés des patients, le SIG ou la Societies Act, car chaque système de déclaration possède sa propre méthode pour compter les nombreux établissements et les classer selon leur fonction.
2. Les paiements aux autorités sanitaires pour la prestation de la gamme complète des services fournis dans les régions se répartissent ainsi : 4,4 milliards de dollars en 1999-2000; 5,1 milliards en 2000-2001; 5,4 milliards en 2001-2002 et 6,1 milliards en 2002-2003. Les paiements aux autorités sanitaires (paiements de base et paiements uniques) s'élevaient à 6,2 milliards de dollars en 2003-2004.
3. Sept des onze contrats prévoient des services d'odontologie conservatrice pour les enfants qui sont des clients du ministère des Ressources humaines. Les quatre contrats restants sont des contrats de chirurgie pour l'autorité sanitaire du Fraser.
4. Il existe environ 49 établissements privés autorisés par le College of Physicians and Surgeons of British Columbia. Ces établissements fournissent surtout des services qui ne sont pas visés par la Loi canadienne sur la santé. Aux termes de la Medicare Protection Act, toute surfacturation de services assurés leur est interdite. Les nombres indiqués ici représentent le nombre d'établissements privés de soins chirurgicaux qui ont conclu des contrats avec les autorités sanitaires.
5. Les données relatives aux contrats passés par la Provincial Health Services Authority pour les clients du ministère des Ressources humaines s'élèvent à 1465. Ce nombre indique le nombre de patients qui ont reçu des services plutôt que le nombre de services offerts. Les données de l'autorité sanitaire du Fraser ne sont pas disponibles.
6. Seules les données concernant la « rémunération des services » sont disponibles. Il n'y a aucun renseignement concernant le programme de paiement compensatoire.
7. Les données résument les renseignements les plus récents concernant les services et les paiements de chaque exercice, selon la date de service.
8. Les données résument les renseignements les plus récents concernant les services et les paiements de chaque exercice, selon la date de service.

Yukon

Introduction

Les régimes d'assurance-santé du gouvernement du Yukon sont le Régime d'assurance-santé du Yukon (RASY) et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon (RAHY). Le Régime d'assurance-santé du Yukon est administré par un directeur, lequel est nommé par le membre du conseil exécutif (ministre). Le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon est géré par un administrateur, lequel est nommé par le commissaire en conseil exécutif (commissaire du Territoire du Yukon). Le directeur du RASY et l'administrateur du RAHY portent ci-après le titre de « directeur des services de santé assurés et de l'ouïe ». Toute mention du « régime » dans le présent texte concerne soit le Régime d'assurance-santé du Yukon ou le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon. Il n'existe aucune instance régionale responsable de la santé.

L'objectif du système de soins de santé du Yukon est d'assurer l'accès aux services médicaux et hospitaliers assurés, et la transférabilité de ces derniers conformément aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-santé* et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*. La couverture des régimes s'étend à tous les résidents admissibles du Territoire du Yukon, selon des modalités uniformes. Le ministre de la Santé et des Affaires sociales est responsable de la prestation de tous les services de santé assurés. L'administration de la prestation de ces services est centralisée au ministère de la Santé et des Affaires sociales. Au 31 mars 2004, le nombre de personnes admissibles inscrites au régime de soins de santé du Yukon s'élevait à 30 917.

D'autres services assurés sont offerts aux résidents admissibles du Yukon. Ils comprennent le programme d'assurance déplacements, le programme de prestations versées aux malades chroniques et aux personnes handicapées, les programmes d'assurance-médicaments et d'assurance-santé complémentaire, et le programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants. Le gouvernement du Yukon offre aussi une gamme de programmes de services non assurés, notamment les services de soins continus, de soins infirmiers communautaires, de santé communautaire et de santé mentale.

Les initiatives de soins de santé dans le territoire concernent des aspects comme l'accès et la disponibilité des services, le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé, les soins de santé primaires, l'élaboration de systèmes et de modes alternatifs de paiement et de prestation de services soit, plus précisément :

- la télésanté continue de croître et permet de relier des patients aux fournisseurs de soins de santé;
- des initiatives concernant les soins primaires permettront d'élargir et de renforcer la prestation de services et de moderniser et d'améliorer le système;
- des programmes de recrutement et de maintien en poste de médecins, financés par le gouvernement et administrés par l'Association médicale du Yukon, ont été mis sur pied.

Par rapport aux dépenses faites en 2002-2003, les dépenses relatives aux soins de santé ont augmenté comme suit en 2003-2004 :

- les services de santé assurés ont augmenté de 3 208 000 $.
- les services hospitaliers du Yukon ont augmenté de 2 317 000 $.
- les soins continus ont augmenté de 394 000 $.
- les soins infirmiers communautaires et les services médicaux d'urgence ont augmenté de 279 000 $.

- ☐ les programmes de santé communautaire ont augmenté de 456 000 $.

Parmi les principaux obstacles qui nuisent au progrès de la prestation des services de santé assurés dans le territoire, il faut souligner :

- ☐ l'incapacité de mieux relier et coordonner les services actuels et les fournisseurs de service;
- ☐ le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé qualifiés;
- ☐ l'augmentation des coûts connexes à la prestation de services;
- ☐ l'augmentation des coûts associés aux changements démographiques;
- ☐ l'acquisition et l'entretien de nouveaux appareils de diagnostic et de traitement de pointe.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Les articles 3(2) et 4 de la *Loi sur l'assurance-santé* établissent le cadre législatif du régime d'assurance-santé. Ces articles n'ont pas été modifiés en 2003-2004.

Les articles 3(1) et 5 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* établissent le cadre législatif du régime d'assurance-hospitalisation. Ces articles n'ont pas été modifiés en 2003-2004.

Sous réserve des dispositions de l'article 5 de la *Loi sur l'assurance-santé* et de son Règlement, le mandat et la fonction du directeur des services de santé assurés et de l'ouïe sont :

- ☐ d'élaborer et d'administrer le régime;
- ☐ de déterminer l'admissibilité aux services de santé assurés;
- ☐ d'inscrire des personnes au régime;
- ☐ d'effectuer les paiements en vertu du régime, et de décider de l'admissibilité à ces paiements et en fixer les montants;
- ☐ de fixer les montants payables pour les services de santé assurés à l'extérieur du Yukon;
- ☐ de créer des comités consultatifs et de nommer des particuliers chargés d'aider au fonctionnement du régime;
- ☐ d'intenter des poursuites et de négocier des règlements à l'amiable dans l'exercice du droit du gouvernement du Yukon d'être subrogé dans les droits des assurés au titre de la présente loi;
- ☐ d'effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et d'obtenir des statistiques à ces fins;
- ☐ de déterminer les renseignements qui doivent être fournis en application de la présente loi et les formes sous lesquelles ils doivent être fournis;
- ☐ de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les dossiers médicaux, rapports et comptes pour en tirer des renseignements;
- ☐ de s'acquitter des autres fonctions dont le charge le membre du Conseil exécutif en application de la présente loi.

Sous réserve des dispositions de l'article 6 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et de son Règlement, le mandat et la fonction du directeur des services de santé assurés et de l'ouïe sont :

- ☐ de mettre en œuvre et d'administrer le régime;
- ☐ de fixer l'admissibilité et le droit aux services assurés;
- ☐ de fixer les montants qui peuvent être versés pour acquitter le coût des services assurés offerts à des bénéficiaires;
- ☐ de conclure des accords pour le compte du gouvernement du Yukon avec des hôpitaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du Yukon, ou avec le gouvernement du Canada ou d'une province, ou un de leurs organismes compétents, relativement à la fourniture de services assurés à des bénéficiaires;
- ☐ d'agréer des hôpitaux pour l'application de la présente loi;
- ☐ d'effectuer des enquêtes et des programmes de recherche, et d'obtenir des statistiques à ces fins;
- ☐ de nommer des inspecteurs et des vérificateurs pour examiner les livres, rapports

et comptes des hôpitaux pour en tirer des renseignements;
- ☐ de prévoir les formulaires et les livres nécessaires à la mise en œuvre de la présente loi;
- ☐ d'accomplir toute autre fonction et de s'acquitter de toute autre tâche que la réglementation peut lui attribuer.

1.2 Liens hiérarchiques

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales relève de l'assemblée législative et du gouvernement du Yukon par l'entremise du ministre.

L'article 6 de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 7 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* exigent que le directeur des services de santé assurés et de l'ouie présente un rapport annuel aux membres du Conseil exécutif relativement à l'administration des deux régimes d'assurance-santé. L'état des recettes et des dépenses est déposé devant l'assemblée législative et doit faire l'objet de discussions.

L'état des recettes et des dépenses pour les programmes d'assurance-santé de la Direction des services de santé est déposé tous les ans au cours de la séance d'automne de l'assemblée législative. Le rapport devant être déposé en décembre 2004 couvre les exercices 1998-1999 à 2003-2004.

1.3 Vérification des comptes

Le Régime d'assurance-santé et le Régime d'assurance-hospitalisation sont vérifiés par le bureau du vérificateur général du Canada. Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Yukon, conformément à l'article 30 de la *Loi sur le Yukon* (Canada). Le vérificateur général doit mener une vérification annuelle des transactions et des états financiers consolidés du gouvernement du Yukon. De plus, le vérificateur général du Canada doit signaler à l'assemblée législative du Yukon tout point du ressort de la vérification qui, selon lui, doit être communiqué à l'assemblée.

La vérification la plus récente concernait l'exercice se terminant le 31 mars 2004.

En ce qui a trait à la Régie des hôpitaux du Yukon, le paragraphe 11(2) de la *Loi sur les hôpitaux* exige que chaque hôpital remette un rapport de ses activités pour l'exercice précédent; ce rapport doit notamment comporter les états financiers de la Régie et le rapport du vérificateur. Ce rapport doit être présenté au ministère de la Santé et des Affaires sociales dans les six premiers mois de chaque exercice.

1.4 Mandataire désigné

Le Régime d'assurance-santé du Yukon n'a aucune autre agence désignée autorisée à recevoir des montants payables ou à verser des paiements au titre de la *Loi sur l'assurance santé* ou de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les articles 3, 4, 5 et 9 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* établissent le pouvoir d'offrir des services hospitaliers assurés aux résidents assurés. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2003-2004.

En 2003-2004, 15 établissements situés sur l'ensemble du territoire ont offert des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et externes. Ces établissements comprennent un hôpital général, un hôpital pavillonnaire[1] et 12 centres de santé[2]. Des services de soins

1 Cet établissement offre des traitements d'urgence 24 heures sur 24, admet des patients pour des soins de courte durée et dispense des soins de relève.

2 En l'absence d'un médecin, le personnel en soins infirmiers communautaires offre quotidiennement des traitements médicaux, des programmes de santé communautaire et des services d'urgence 24 heures sur 24.

infirmiers sont offerts dans un poste sanitaire satellite[3].

Adoptée le 7 décembre 1989, la *Loi sur les hôpitaux* établit que la législature et le gouvernement ont la responsabilité de veiller à ce que « soient respectées les méthodes appropriées d'exploitation et les normes indiquées applicables aux installations et aux soins ». Adopté le 11 novembre 1994, le Règlement sur les normes applicables aux hôpitaux définit les conditions de fonctionnement de tous les hôpitaux du territoire. Le paragraphe 4(1) prévoit la nomination par le ministre d'une ou de plusieurs personnes pour enquêter et faire rapport sur la gestion et l'administration d'un hôpital. Le paragraphe 4(2) exige que le conseil d'administration de l'hôpital établisse et maintienne un programme d'assurance de la qualité. À l'heure actuelle, la Régie des hôpitaux du Yukon fonctionne en vertu d'un agrément de trois ans accordé par le Conseil canadien d'agrément des services de santé.

Depuis avril 1997, le gouvernement du Yukon assume la responsabilité, au lieu du gouvernement fédéral, des centres de santé. Ces établissements, dont l'hôpital pavillonnaire Watson Lake, se conforment au cadre de pratique pour le personnel infirmier en santé communautaire travaillant dans les postes de soins infirmiers et les centres de soins de santé de la Direction générale des services médicaux, ainsi qu'au cadre de pratique pour le personnel infirmier. Le cadre de pratique pour le personnel infirmier de soins généraux a été terminé et mis en œuvre en février 2002.

En vertu des alinéas e) et f) de l'article 2 du Règlement concernant les services d'assurance-hospitalisation, les services rendus dans un hôpital agréé sont assurés. La définition de « services assurés aux patients hospitalisés » qui figure à l'alinéa e) de l'article 2 inclut tous les services suivants fournis aux malades hospitalisés :

- ☐ l'hébergement et les repas correspondant à ceux en salle commune ou au service normal;
- ☐ les services infirmiers essentiels;
- ☐ les examens de laboratoire, radiographies et épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de préserver la santé, de prévenir la maladie ou de faciliter le diagnostic et le traitement d'un traumatisme, d'une maladie ou d'un handicap;
- ☐ les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du Règlement, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital;
- ☐ l'usage de la salle d'opération, de la salle d'examen et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes;
- ☐ les fournitures chirurgicales habituelles;
- ☐ l'usage des installations de radiothérapie, s'il y a lieu;
- ☐ l'usage des installations de physiothérapie, s'il y a lieu;
- ☐ les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire.

La définition des « services assurés aux malades externes » qui figure à l'alinéa 2f) du même Règlement inclut les services fournis aux malades externes pour le diagnostic ou le traitement d'urgence dans les 24 heures suivant un accident (laquelle période peut être prolongée par l'administrateur lorsque le service n'a pu être obtenu dans les 24 heures suivant l'accident), à savoir :

- ☐ les services infirmiers essentiels;
- ☐ les examens de laboratoire, radiographies et autres épreuves diagnostiques ainsi que l'interprétation de leurs résultats dans le but de faciliter le diagnostic et de soigner un traumatisme;
- ☐ les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes indiqués à l'annexe B du Règlement, lorsqu'ils sont administrés à l'hôpital;

3 Le personnel en soins infirmiers communautaires offre des services itinérants selon un horaire régulier.

- ☐ l'usage de la salle d'opération et des installations d'anesthésie, y compris du matériel et des fournitures connexes;
- ☐ les fournitures chirurgicales habituelles;
- ☐ les services rendus par des personnes touchant une rémunération de l'hôpital pour ce faire;
- ☐ l'usage des installations de radiothérapie, s'il y a lieu;
- ☐ l'usage des installations de physiothérapie, s'il y a lieu.

Conformément au Règlement concernant les services d'assurance-hospitalisation, tous les services offerts aux patients hospitalisés et aux malades externes dans un hôpital approuvé par des employés de cet établissement sont des services assurés. Les soins infirmiers, les produits pharmaceutiques, les fournitures et les services de diagnostic et de chirurgie habituels sont offerts. Tout nouveau programme ou toute amélioration ayant d'importantes répercussions financières, de même que les réductions de services ou de programmes doivent être approuvés par le ministre de la Santé et des Affaires sociales. Cette procédure est gérée par le directeur des services de santé assurés et de l'ouie. Pour les questions concernant les changements de niveau de service, des membres du conseil d'administration de l'hôpital représentent le public.

Un nouveau programme territorial de tomographie par ordinateur a été mis sur pied à l'Hôpital général de Whitehorse à l'automne 2002. Le gouvernement a fourni 1,5 million de dollars pour l'achat d'un tomodensitomètre et d'un système d'archivage d'images. Le programme a connu un grand succès et permet aux résidents du Yukon d'avoir accès à des services de diagnostic standard dans leur région.

Ces mesures permettront au territoire de dépendre un peu moins des services offerts à l'extérieur du territoire.

2.2 Services médicaux assurés

Les articles 1 à 8 de la *Loi sur l'assurance santé*, et les articles 2, 3, 7,10 et 13 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon prévoient la prestation de services médicaux assurés. Aucune modification n'a été apportée à ces articles de la loi en 2003-2004.

Le Régime d'assurance-santé du Yukon couvre les services médicalement nécessaires fournis par des médecins. Un médecin qui désire participer au Régime d'assurance-santé du Yukon doit satisfaire aux exigences suivantes :

- ☐ déposer une demande de permis, conformément à la *Loi sur la profession médicale*;
- ☐ maintenir son permis, conformément à la *Loi sur la profession médicale*.

On estime à 63 le nombre de médecins résidents qui participaient au Régime d'assurance-santé du Yukon en 2003-2004.

Aux termes du paragraphe 7(5) du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon, les médecins du territoire peuvent facturer directement des patients pour des services assurés s'ils font part de cette décision par un avis écrit. En 2003-2004, aucun médecin n'a remis d'avis écrit concernant sa décision de toucher des honoraires autrement que par l'entremise du Régime d'assurance-santé du Yukon.

Les services médicaux assurés au Yukon sont définis comme des services médicalement nécessaires rendus par un médecin. Une liste des services non assurés par le régime figure à l'article 3 du Règlement. Les services non couverts par le régime comprennent les suivants : consultations téléphoniques, services médicaux-légaux, préparation de dossiers et de rapports, services rendus à la demande d'un tiers, services fournis à des fins esthétiques et services désignés comme non médicalement nécessaires.

La procédure suivie pour ajouter un code de rémunération au Relative Value Guide to Fees (Guide de la valeur relative des honoraires[4]) est

4 Guide des honoraires versés aux médecins

gérée par un comité. Elle exige que les médecins déposent une demande par écrit au comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon.

À la suite de cet examen, une décision est rendue concernant l'inclusion ou l'exclusion du service. Les coûts ou les honoraires sont normalement établis en fonction des coûts ou des honoraires similaires payés dans d'autres administrations. Une fois que la valeur de la rémunération pour un service particulier a été fixée, tous les médecins du Yukon en sont informés. La consultation publique n'est pas requise.

De nouveaux faits peuvent subsidiairement être appliqués à la suite d'un processus de négociation entre l'Association médicale du Yukon et le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouie gère cette procédure, et aucune consultation publique n'est nécessaire.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes qui fournissent des services de chirurgie dentaire assurés en vertu du Régime d'assurance-santé du Yukon doivent être autorisés à exercer en vertu de la *Loi sur les professions dentaires*, et ils obtiennent des numéros à inscrire sur les factures qu'ils présentent au Régime d'assurance-santé du Yukon pour la prestation de services dentaires assurés. En 2003-2004, six dentistes faisaient parvenir leurs factures au régime pour des services dentaires assurés fournis à des résidents du Yukon. De plus, le Plan est aussi facturé directement pour des services dispensés à l'extérieur du territoire.

Les dentistes peuvent choisir, comme les médecins, de ne pas participer au régime de soins de santé. En 2003-2004, aucun dentiste n'a fourni d'avis écrit selon lequel il choisissait de toucher ses honoraires autrement que par l'entremise du Régime d'assurance-santé du Yukon.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire inscrits à l'annexe B du Règlement et qui ne peuvent être exécutés que dans un hôpital en raison des ressources uniques qu'ils exigent (p. ex. correction chirurgicale du prognathisme ou de la micrognathie).

L'ajout de services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés ou le retrait de ces services exige l'apport d'une modification établie par décret à l'annexe B du Règlement concernant les services d'assurance-santé. Les décisions concernant la couverture sont fondées sur la nécessité d'offrir le service dans un hôpital sous anesthésie générale. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouie gère ce processus.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Seuls les services prescrits et rendus conformément à la *Loi sur l'assurance-santé* et son Règlement et à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et son Règlement sont assurés. Aucun autre service n'est couvert.

Les services médicaux non assurés comprennent les services suivants :

- ☐ les services non médicalement nécessaires;
- ☐ les frais d'interurbains;
- ☐ la préparation ou la fourniture d'un médicament;
- ☐ les consultations téléphoniques à la demande de la personne assurée;
- ☐ les services médico-légaux, y compris les examens et les rapports;
- ☐ les services fournis à des fins esthétiques;
- ☐ l'acupuncture;
- ☐ les interventions expérimentales.

L'article 3 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon renferme une liste partielle des services non assurés.

Les services hospitaliers non assurés comprennent les services suivants :

- ☐ l'hospitalisation des non-résidents;
- ☐ les services d'infirmières spéciales ou privées retenus par le patient ou la famille du patient;
- ☐ le supplément pour une chambre privée ou semi-privée, lorsque celle-ci n'est pas médicalement nécessaire;

- ☐ les béquilles et autres dispositifs semblables;
- ☐ les coûts d'une maison de soins infirmiers;
- ☐ la télévision;
- ☐ le téléphone;
- ☐ les médicaments et les produits biologiques requis par un malade après son congé de l'hôpital. (Ces services ne sont pas fournis par l'hôpital.)

Les services dentaires non assurés comprennent les services suivants :

- ☐ les actes jugés restaurateurs;
- ☐ les actes qui ne sont pas exécutés dans un hôpital sous anesthésie générale.

La législation stipule aussi que tous les services auxquels une personne est admissible et a droit, en vertu de toute autre loi, ne sont pas assurés.

Tous les résidents du Yukon jouissent de l'égalité d'accès aux services. Les tiers, comme les assureurs privés et la Commission de la santé et de la sécurité au travail, n'ont pas accès en priorité aux services en versant un supplément.

L'achat de services ou de fournitures non assurés, comme les plâtres en fibre de verre, ne compromet en rien l'accès aux services assurés. Les assurés sont informés de leurs options en matière de traitement lorsqu'ils reçoivent le service.

Le territoire n'a aucun processus officiel pour surveiller la conformité; toutefois, les commentaires des médecins, des administrateurs d'hôpitaux, des professionnels de la santé et du personnel permettent au directeur des services de santé assurés et de l'ouïe de se tenir au courant des préoccupations relatives à l'usage et aux services.

Dans le territoire, les médecins peuvent facturer directement les patients pour des services de santé non assurés. Des honoraires forfaitaires ne sont pas actuellement demandés, mais certains médecins facturent en fonction du service. Les services facturables comprennent, sans s'y limiter, la préparation de formulaires de demande d'emploi et de rapports médicaux juridiques, le transfert de dossiers, les examens par des tiers, certains services non urgents, les prescriptions, les conseils et le counseling donnés au téléphone. Le paiement n'a aucune incidence sur l'accès des patients aux services puisque les cliniques et les médecins ne facturent pas tous ces services et que d'autres agences ou les employeurs peuvent couvrir ces coûts.

Le processus utilisé pour désassurer un service couvert par le Régime d'assurance-santé du Yukon est le suivant :

- ☐ **Services médicaux :** Le Comité de liaison de l'Association médicale du Yukon et du Régime d'assurance-santé du Yukon examine les modifications à apporter au Relative Value Guide to Fees (guide de la valeur relative des honoraires), notamment les décisions consistant à retirer certains services. En collaboration avec le conseiller médical du Yukon, le comité prend une décision en se fondant sur des preuves médicales indiquant que le service n'est pas médicalement requis, est inefficace ou pose un risque potentiel pour la santé des patients. Une fois la décision prise de désassurer un service, tous les médecins en sont avisés par écrit. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe gère ce processus. Aucun service n'a été retiré du Relative Value Guide to Fees (guide de la valeur relative des honoraires) en 2003-2004.
- ☐ **Services hospitaliers :** Il est nécessaire qu'une modification établie par décret soit apportée aux alinéas e) et f) de l'article 2 du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon. Au 31 mars 2004, aucun service hospitalier fourni aux malades hospitalisés ou externes, en vertu du Règlement, n'a été retiré. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe gère le processus en collaboration avec la Régie des hôpitaux du Yukon.
- ☐ **Services de chirurgie dentaire :** Il est nécessaire qu'une modification établie par décret soit apportée à l'annexe B du Règlement sur l'assurance-santé. Un service peut être retiré s'il n'est plus jugé médicalement nécessaire ou qu'il ne doit plus être exécuté sous anesthésie générale dans un

hôpital. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouie gère ce processus.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

Les exigences régissant l'admissibilité aux services de santé assurés sont énoncées à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance-santé*, et à l'article 4 de son Règlement, ainsi qu'à l'article 2 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et à l'article 4 de son Règlement. Sous réserve des dispositions de ces lois et de leurs règlements, tous les résidents du Yukon sont admissibles à des services de santé assurés en vertu de modalités uniformes. La définition du mot « résident » est celle qui est utilisée dans la *Loi canadienne sur la santé* : « personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, qui est domiciliée et qui réside habituellement au Yukon, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite au Yukon ». S'il y a lieu, l'admissibilité de toutes les personnes est gérée conformément à l'Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité.

En vertu du paragraphe 4(1) des deux règlements, « un assuré est admissible aux services assurés et y a droit après minuit, le dernier jour du second mois suivant son arrivée au Yukon ».

En vertu des changements touchant l'admissibilité apportés en 2003-2004, toutes les personnes qui retournent au Yukon ou y établissent leur résidence sont assujetties à la période d'attente. La seule exception à cette règle s'applique aux enfants adoptés par des personnes assurées.

Les personnes suivantes ne sont pas admissibles à une couverture au Yukon :

- ☐ les personnes qui ont droit à des prestations dans leur province ou territoire d'origine (p. ex. les étudiants et les travailleurs couverts par les dispositions associées à une absence temporaire);
- ☐ les visiteurs du territoire;
- ☐ les revendicateurs du statut de réfugié;
- ☐ les membres des Forces canadiennes;
- ☐ les membres de la Gendarmerie royale du Canada;
- ☐ les détenus des pénitenciers fédéraux;
- ☐ les détenteurs de permis d'étude;
- ☐ les personnes ayant un permis de travail valable pour moins d'un an.

Ces personnes peuvent devenir admissibles à la couverture si elles respectent au moins l'une des conditions suivantes :

- ☐ fournir une preuve de résidence dans le territoire;
- ☐ devenir résident permanent;
- ☐ le lendemain du jour où elles obtiennent leur congé ou leur libération si elles sont en poste dans le territoire ou si elles y résident.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Aux termes de l'article 16 de la *Loi sur l'assurance-santé*, « Chaque résident, sauf les personnes à charge ou celles qui sont exemptées par les règlements, est tenu de s'inscrire lui-même et d'inscrire les personnes à sa charge auprès du directeur des services de santé assurés et de l'ouie selon les modalités – de forme et de temps – réglementaires. » L'inscription est gérée conformément à l'Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité.

On conseille aux gens qui s'installent avec les personnes à leur charge âgées de moins de 19 ans dans le territoire de présenter une demande d'inscription au Régime d'assurance-santé du Yukon dès leur arrivée. Pour ce faire, elles doivent remplir une formule d'inscription disponible dans les bureaux des services de santé assurés ou auprès des agents territoriaux de la communauté. Une fois la couverture entrée en vigueur, une carte d'assurance-maladie est délivrée. Chaque membre de la famille reçoit une carte et un numéro distincts. Les cartes expirent chaque année, à la date d'anniversaire du résident, et une étiquette de mise à jour affichant une nouvelle date d'expiration est envoyée en conséquence.

Au 31 mars 2004, 30 917 résidents étaient inscrits au Régime d'assurance-santé du Yukon.

3.3 Autres catégories de personnes

Le Régime d'assurance-santé du Yukon prévoit la couverture d'autres catégories de personnes comme suit :

Canadiens de retour au pays	Une période d'attente s'applique.
Résidents permanents[5]	Une période d'attente s'applique.
Permis ministériel	Une période d'attente s'applique moyennant autorisation.
Réfugiés au sens de la Convention	Une période d'attente s'applique si la personne détient un permis de travail. *
Travailleurs étrangers	Une période d'attente s'applique si la personne détient un permis de travail. *
Ecclésiastiques	Une période d'attente s'applique si la personne détient un permis de travail. *

* Le permis de travail doit être valide pour une durée de plus de 12 mois.

Au cours de l'année 2003-2004, le nombre estimatif de nouveaux assurés au Yukon qui répondent aux critères ci-dessous était le suivant :

Canadiens de retour au pays	19
Résidents permanents	32
Permis ministériel	0
Refugiés au sens de la Convention	0

Au cours de l'année 2003-2004, le nombre estimatif de personnes assurées au Yukon qui répondent aux conditions ci-dessous était le suivant :

Travailleurs étrangers	22
Ecclésiastiques	0

3.4 Primes

Le paiement de primes par les résidents du Yukon a été aboli le 1er avril 1988.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Selon le paragraphe 4(1) du Règlement sur le Régime d'assurance santé du Yukon et le Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon, « une personne assurée est admissible aux services assurés à compter de minuit, le dernier jour du deuxième mois suivant le mois de son arrivée au Yukon ». Toutes les personnes admissibles sont assujetties au délai minimal de résidence, à l'exception des enfants adoptés à l'étranger par des personnes assurées (voir la section 3.1).

4.2 Couverture au cours d'absences temporaires au Canada

Les dispositions relatives à la transférabilité de l'assurance-santé pendant les absences temporaires à l'extérieur du Yukon, mais au Canada, sont énumérées dans les articles 5, 6, 7 et 10 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon, ainsi que dans l'article 6, les paragraphes 7 (1) et (2) et l'article 9 du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du

5 Antérieurement connus sous l'appellation « résidents permanents ».

Yukon. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2003-2004.

Ces deux règlements stipulent que lorsqu'un assuré s'absente du territoire avec l'intention d'y revenir, il a le droit de recevoir des services assurés pendant une absence de 12 mois consécutifs. On conseille aux personnes qui quittent le territoire pour une période de plus de deux mois de communiquer avec le personnel du Régime d'assurance-santé du Yukon et de remplir un formulaire d'absence temporaire, sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les étudiants qui fréquentent un établissement d'enseignement situé à l'extérieur du territoire demeurent admissibles à l'assurance-santé pendant la durée de leurs études. Le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe peut accorder une protection pour d'autres types d'absences supérieures à 12 mois consécutifs, moyennant la présentation d'une demande écrite par l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être examinées chaque année et être approuvées par le directeur.

En ce qui concerne les travailleurs temporaires et les missionnaires, le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe peut accorder une protection malgré une absence de plus de 12 mois consécutifs sur présentation d'une demande écrite par l'assuré. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et être approuvées par le directeur des services de santé assurés et de l'ouïe.

Les dispositions relatives à la protection pendant des séjours temporaires au Canada sont conformes aux modalités de l'Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité qui est entré en vigueur le 1er février 2001. Les définitions ont été uniformisées dans le règlement d'application, les politiques et la procédure.

Le Yukon adhère complètement aux ententes interprovinciales et interterritoriales sur la facturation réciproque pour les services médicaux et hospitaliers, conclues avec les autres provinces et territoires, à l'exception du Québec, qui ne participe pas aux ententes de facturation réciproque pour les services médicaux. Les personnes qui reçoivent des services médicaux (d'un médecin) au Québec peuvent devoir payer directement les honoraires et présenter une demande de remboursement au Régime d'assurance-santé du Yukon.

Le paiement des services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du territoire, mais au Canada, à des malades externes ou hospitalisés résidents du Yukon et admissibles est accordé en vertu des ententes de facturation réciproque pour les services hospitaliers.

Le paiement des services médicaux assurés fournis à l'extérieur du territoire, mais au Canada, est accordé aux résidents admissibles en vertu des ententes de facturation réciproque. Le paiement est versé à la province d'accueil aux taux établis par cette dernière.

Les services assurés offerts aux résidents du Yukon pendant une absence temporaire du territoire sont payés aux taux fixés par la province hôte. En 2003-2004, les montants suivants ont été versés à des hôpitaux à l'extérieur du territoire.

Patients hospitalisés	Patients externes
7 587 906 $	936 376 $

Nota : Les montants sont fixés en fonction de la date de service et peuvent être redressés.

En 2003-2004, les montants versés à des médecins à l'extérieur du territoire atteignaient 1 833 654 $. Ce montant inclut les montants versés à l'extérieur du Canada, et est établi en fonction de la date de paiement[5].

5 Les montants versés à l'extérieur du pays sont fournis aux lignes 18 et 19 de la section statistique du Yukon.

4.3 Couverture au cours d'absences temporaires à l'étranger

Les dispositions relatives à la transférabilité de l'assurance-santé des assurés pendant les séjours temporaires à l'étranger sont énoncées aux articles 5, 6, 7, 9, 10 et 11 du Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon, ainsi qu'à l'article 6, aux paragraphes 7(1) et (2), et à l'article 9 du Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon. Aucune modification n'a été apportée à ces articles de la loi en 2003-2004.

En vertu des articles 5 et 6, un assuré qui est absent du territoire et qui a l'intention d'y revenir est admissible aux services assurés pendant une période de 12 mois consécutifs.

On conseille aux personnes qui quittent le territoire pour une période de plus de deux mois de communiquer avec le personnel du Régime d'assurance-santé du Yukon et de remplir un formulaire d'absence temporaire, sinon leur couverture pourrait être annulée.

Les dispositions concernant la transférabilité de l'assurance-santé en cas de séjours à l'étranger d'étudiants, de travailleurs temporaires et de missionnaires sont les mêmes que celles en vigueur pour les séjours au Canada (voir la section 4.2).

Les services médicaux assurés fournis à l'étranger aux résidents admissibles du Yukon qui sont temporairement à l'extérieur du pays sont remboursés aux taux équivalents à ceux du Yukon. En vertu du Régime d'assurance santé du Yukon, la somme est versée à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

Les services hospitaliers assurés fournis, à l'extérieur du Canada, aux résidents du Yukon admissibles qui sont hospitalisés sont payés aux taux établis par le Règlement sur le taux normalisé pour un traitement en clinique pour l'Hôpital général de Whitehorse. Le taux normalisé de l'Hôpital général de Whitehorse était de 1 155 $ le 1er avril 2004, et de 1 246 $ le 1er juillet 2004. Ce taux, établi par décret, est obtenu de la façon suivante :

- taux normalisé en salle commune = (total des frais d'exploitation - coûts d'hospitalisation non associés aux malades - coûts des naissances - coûts des services fournis aux malades externes)/(total des jours-patients - jours-patients pour les autres services (p. ex. aux non-Canadiens).

Les services hospitaliers assurés fournis à l'extérieur du Canada aux malades externes admissibles du Yukon sont remboursés au taux établi par le Règlement sur la facturation des soins dispensés en consultation externe. Ce taux, qui est actuellement de 153 $, est établi par décret et a été fixé par le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).

En 2003-2003, les montants suivants ont été versés pour des services d'urgence et des services non urgents offerts aux résidents du Yukon admissibles qui se trouvaient à l'étranger :

Patients hospitalisés	Patients externes
13 536 $	5 994 $

Nota : Les montants sont fixés en fonction de la date de service et peuvent être redressés.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Aucune exigence législative n'oblige les résidents admissibles à obtenir une autorisation avant de recevoir des services médicaux ou hospitaliers facultatifs ou d'urgence à l'étranger.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Le Régime d'assurance-santé du Yukon et le Régime d'assurance-hospitalisation du Yukon ne prévoient aucuns frais modérateurs ou de coassurance. Les services sont tous offerts de façon uniforme et ne font face à aucun obstacle, financier ou autre.

Les services hospitaliers ou médicaux qui ne sont pas offerts localement sont assurés par un programme qui prévoit le déplacement d'un médecin spécialiste, par un programme de télésanté ou par un programme qui prévoit le déplacement pour fins médicales. Ces programmes permettent de s'assurer que les services médicaux essentiels sont fournis sans attente ou avec un retard minime.

Aucun service assuré en vertu du régime d'assurance-santé fourni au Yukon ne fait l'objet de surfacturation.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

En vertu de la *Loi sur les hôpitaux*, « l'assemblée législative et le gouvernement ont la responsabilité de veiller à ce que puissent être offerts les installations et les programmes hospitaliers nécessaires ». Le ministre doit approuver toute modification importante du niveau de prestation des services. Il n'y a pas de pénurie de lits pour soins actifs, et il n'existe aucune liste d'attente aux deux établissements de soins actifs.

Au 31 mars 2004, on estimait que le nombre suivant d'infirmières et de professionnels de la santé travaillaient à temps plein (ETP) dans les établissements qui offrent des services hospitaliers assurés au Yukon :

Profession	Hôpital général de Whitehorse	Hôpital pavillonnaire Watson Lake
	Nbre d'ETP	Nbre d'ETP
Infirmières autorisées	72	8
Infirmières auxiliaires autorisées	8	0
Infirmière praticienne	0	0
Travailleur social	1	0
Pharmaciens	2	0
Physiothérapeutes	4.40	0
Ergothérapeute	1	0
Psychologue	0	0
Techniciens en radiologie et de laboratoire médical	21	0
Diététistes	3.5	0
Santé publique	0	2
Soins à domicile	0	1

L'Hôpital général de Whitehorse et les services infirmiers communautaires gèrent, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales, l'effectif des infirmières et des professionnels de la santé dans les deux hôpitaux du territoire. Les pénuries de main-d'œuvre sont comblées par des travailleurs temporaires, occasionnels ou auxiliaires afin de faire en sorte que les résidents aient continuellement accès à des services assurés.

Initiatives de recrutement et maintien en poste

Voici certaines initiatives de recrutement et de maintien en poste :

Services infirmiers communautaires : Un comité consultatif du Yukon sur les services infirmiers a été mis sur pied pour informer le ministère de la Santé et des Affaires sociales des enjeux associés aux soins infirmiers. Les recommandations formulées par le comité aideront le Yukon à recruter et à maintenir en poste des infirmières à court et à long terme. Le Yukon offre ce qui suit :

- ☐ des salaires concurrentiels;
- ☐ des primes relatives au recrutement et au maintien en poste;
- ☐ une participation à des salons de l'emploi;
- ☐ des possibilités de formation et d'éducation;
- ☐ des primes d'éloignement de 2 000 $ après une année;
- ☐ des postes d'allègement.

L'Hôpital général de Whitehorse offre ce qui suit :

- ☐ salaires concurrentiels;
- ☐ échelle salariale qui tient compte de l'expérience;
- ☐ horaires de travail coopératif;
- ☐ centre d'entraînement sur place ouvert 24 heures sur 24;
- ☐ clinique mensuelle d'acquisition de compétences;
- ☐ formation et perfectionnement continu;
- ☐ primes d'éloignement de 2 000 $ après une année.

Établissements

Hôpital général de Whitehorse : Comme il s'agit du seul hôpital important de soins actifs du territoire, l'établissement offre des services d'urgence 24 heures sur 24, ainsi que des services aux malades hospitalisés et aux malades externes. Des médecins locaux offrent, en rotation, les services d'urgence.

Les patients qui doivent subir une chirurgie d'urgence à l'Hôpital général de Whitehorse sont habituellement opérés dans les 24 heures. Les patients qui doivent subir une chirurgie non urgente attendent généralement de une à deux semaines. Le nombre de cliniques de médecins spécialistes visiteurs est fréquemment modifié pour réduire les délais d'attente, particulièrement en ce qui concerne les services d'orthopédiste, d'otorhino-laryngologiste et d'ophtalmologiste (voir la section 5.3).

Des services chirurgicaux sont offerts dans les domaines suivants :

- ☐ soins orthopédiques mineurs;
- ☐ certains soins orthopédiques majeurs;
- ☐ gynécologie;
- ☐ pédiatrie;
- ☐ troubles gastriques généraux;
- ☐ mastectomie;
- ☐ trauma (urgence);
- ☐ oto-rhino-laryngologie;
- ☐ ophthalmologie, y compris la chirurgie de la cataracte.

Les services de diagnostic comprennent les services suivants :

- ☐ la radiologie (y compris l'échographie, la tomodensitométrie, les rayons X et la mammographie);
- ☐ les analyses de laboratoire;
- ☐ les électrocardiogrammes.

Certains services de réadaptation sont offerts dans le cadre de traitements externes.

Hôpital pavillonnaire Watson Lake : Un second établissement de soins actifs est situé à Watson Lake. Il offre des services médicaux dans les domaines de la traumatologie d'urgence, de la maternité, des soins orthopédiques mineurs, de la cellulite et des retards de croissance, ainsi que des services de relève. Les services de diagnostic comprennent la radiologie, les analyses de laboratoire et les électrocardiogrammes. L'établissement compte 12 lits, et il n'y a pas de liste d'attente pour y être admis.

Centres de santé : Les services d'urgence 24 heures sur 24 et les services aux malades externes sont fournis dans les 12 centres de santé communautaire par des infirmières communautaires et du personnel infirmier auxiliaire.

Les patients qui ont besoin d'un service hospitalier assuré qui n'est pas offert localement sont transférés dans des établissements de soins actifs dans le territoire ou à l'extérieur du territoire par l'entremise du programme d'assurance-déplacements.

Mesures pour mieux gérer l'accès aux services assurés

On a pris un certain nombre de mesures pour mieux gérer l'accès aux services hospitaliers assurés. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales continue de collaborer avec la Régie des hôpitaux du Yukon et les responsables des soins infirmiers communautaires pour faire en sorte que les délais d'attente pour des services hospitaliers assurés dans le territoire diminuent ou demeurent les mêmes. Par exemple :

- Tous les centres de santé ruraux du Yukon ont accès à des défibrillateurs cardiaques. Les infirmières praticiennes communautaires ont donc accès à un outil précieux, qui leur permet d'améliorer l'accès local à des soins cardiaques.
- Le Ministère assiste aux salons de recrutement destiné aux infirmières qui ont lieu à travers le Canada. Il offre aux infirmières présentes de l'information sur le travail dans le territoire.
- Le comité d'évaluation technique continue de formuler des recommandations à l'intention du Ministère concernant les services et les programmes de santé au Yukon, au besoin. Il a comme mandat d'établir les modalités de la mise sur pied, de l'élimination, de l'expansion ou de la réduction des programmes ou des services.
- La télésanté continue d'offrir des vidéos en temps réel pour faciliter l'accès aux services ainsi que la prestation de services entre les collectivités rurales et Whitehorse, et entre Whitehorse et des centres externes en Colombie-Britannique ou en Alberta. Le financement a été offert jusqu'au 31 octobre 2003 par l'entremise du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé (PPICS).

Des séances éducatives de télésanté ont lieu fréquemment entre Whitehorse et les régions rurales du Yukon, de même qu'entre Whitehorse et la Colombie-Britannique. Les patients, des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des psychiatres, des conseillers en santé mentale et des professionnels d'autres secteurs connexes, comme des représentants en santé communautaire et des travailleurs qui s'occupent du mieux-être des membres des Premières nations, ont assisté à ces séances.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

Conformément à la législation et à l'administration des services, tous les résidents admissibles du Yukon ont droit au même accès aux services dentaires et médicaux assurés, selon des modalités uniformes.

Au 31 mars 2004 (voir le point 7 de l'annexe statistique), les dentistes, les spécialistes et les médecins résidents suivants offraient des services au Yukon :

Médecins de famille et omnipraticiens	55
Médecins spécialistes	8
Dentistes	6

Outre la répartition habituelle des médecins et des spécialistes dans le territoire, l'accès uniforme aux services médicaux et dentaires assurés est accru grâce au programme d'assurance-déplacements. Ce programme couvre les coûts du transport médicalement requis, permettant ainsi aux personnes admissibles d'avoir accès à des services non offerts dans leur collectivité. Des personnes admissibles sont couramment envoyées à Whitehorse, à Vancouver, à Edmonton ou à Calgary pour y recevoir des services.

La plupart des médecins du Yukon se trouvent à Whitehorse. À l'extérieur de Whitehorse, seules deux collectivités rurales ont des médecins résidents rémunérés à l'acte : Dawson City et Watson Lake. Deux autres médecins contractuels servent les résidents de Faro et de Mayo.

Le programme de médecins itinérants offre l'accès local à des services médicaux assurés dans dix collectivités rurales et éloignées. La fréquence des consultations itinérantes est fonction de la demande et de l'utilisation. Les médecins qui offrent des services itinérants par l'entremise de ce programme sont indemnisés, en vertu d'un contrat, pour le temps de pratique perdu, le kilométrage, les repas et l'hébergement, en plus du paiement à la séance *ou* de la facturation à l'acte.

De plus, le ministère de la Santé et des Affaires sociales, de même que le programme de médecins spécialistes itinérants, permet d'offrir à l'Hôpital général de Whitehorse, aux services de santé mentale ou à l'unité des maladies transmissibles du Yukon des services de spécialistes itinérants non résidents qui ne sont habituellement pas offerts dans le territoire. Les spécialistes itinérants voient leurs dépenses remboursées, en plus du paiement à la séance ou de la facturation à l'acte.

Le tableau suivant fait état du nombre de spécialistes qui fournissent des services dans le cadre du programme de médecins spécialistes itinérants et qui relèvent du ministère de la Santé et des Affaires sociales :

Ophtalmologie	1
Oncologie	3
Orthopédie	3
Médecine interne	1
Oto-rhino-laryngologie	2
Neurologie	1
Rhumatologie	1
Dermatologie	1
Chirurgie dentaire*	3
Maladies infectieuses*	1
Psychiatrie*	3

* Il s'agit de services non fournis dans le cadre du programme des médecins spécialistes tels qu'administrés par l'Hôpital général de Whitehorse.

Les consultations des spécialistes itinérants se tiennent de une à huit fois par année, selon la demande de service et la disponibilité des spécialistes. Au 31 mars 2004, les périodes d'attente pour des services spécialisés non urgents étaient estimées comme suit :

Ophtalmologie	0-3 mois
Orthopédie	1-24 mois
Oto-rhino-laryngologie	5-14 mois
Neurologie	4-10 mois
Rhumatologie	7-11 mois
Chirurgie dentaire*	2-3 mois

* Il s'agit de services non fournis dans le cadre du programme des médecins spécialistes tels qu'administrés par l'Hôpital général de Whitehorse.

Nota : Il n'existe aucune liste d'attente pour les services itinérants qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus. Les patients sont traités à la visite suivante (il s'agit des services d'oncologie, de médecine interne, de dermatologie, de maladies infectieuses et de psychiatrie).

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales a pris plusieurs mesures afin de réduire les périodes d'attente pour les services médicaux assurés. Différentes initiatives de recrutement et de maintien en poste ont été entamées en 2001-2002 et en 2002-2003, notamment le Programme de soutien aux médecins résidents, le Programme de soutien aux médecins suppléants, le Fonds pour le déménagement des médecins, le Fonds pour l'établissement de bureaux, le Programme de soutien à l'éducation et le Fonds pour la formation en région rurale. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales continue à collaborer avec l'Association médicale du Yukon pour créer des initiatives de coopération supplémentaires, initiatives qui seront mises en œuvre dans le cadre du protocole d'entente renouvelé le 1er avril 2004.

En 2002-2003, des modifications ont été apportées à la *Loi sur la profession médicale* afin de prévoir la délivrance de licences spéciales en vue de répondre à un besoin démontré. Le candidat doit déjà s'être vu offrir un poste assujetti à une licence spéciale dans le territoire, et le ministre de la Santé et des Affaires sociales doit déclarer par écrit qu'il y a un besoin démontré dans un domaine de pratique.

5.4 Rémunération des médecins

Le ministère de la Santé et des Affaires sociales obtient son mandat du gouvernement du Yukon avant de négocier avec l'Association médicale du Yukon (AMY). L'AMY et le gouvernement nomment chacun des membres de l'équipe de négociation. Ces derniers se réunissent jusqu'à ce qu'ils en arrivent à un accord. L'équipe de négociation de l'AMY demande aux membres de l'AMY d'approuver le projet d'entente. Le ministère de la Santé et des Affaires sociales demande au gouvernement du Yukon de ratifier l'entente. L'entente finale est signée avec l'assentiment des deux parties.

Le dernier protocole d'entente quadriennal est entré en vigueur le 1er avril 2004 et le demeurera jusqu'au 31 mars 2008. Ce protocole d'entente établit les modalités de rémunération des médecins et établit deux nouveaux programmes : le programme pour les nouveaux patients et le programme de maintien en poste des médecins.

La *Loi sur l'assurance-santé* et le Règlement sur le Régime d'assurance-santé du Yukon régissent le paiement des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2003-2004.

La majeure partie des services médicaux et de chirurgie dentaire assurés fournis aux résidents est remboursée en fonction du système de rémunération à l'acte. En 2003-2004, deux médecins pratiquant à temps plein en région rurale et quatre spécialistes résidents étaient rémunérés sur une base contractuelle. Deux médecins qui offrent des consultations dans une région périphérique sont rémunérés à taux fixe pour chaque séance.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le gouvernement du Yukon finance la Régie des hôpitaux du Yukon (l'Hôpital général de Whitehorse) par l'entremise d'accords de contribution globaux conclus avec le ministère de la Santé et des Affaires sociales. Les niveaux de financement globaux des frais de fonctionnement et d'entretien et des immobilisations font l'objet de négociations, et sont établis en fonction des exigences opérationnelles et des projections de l'utilisation fondées sur les années antérieures. En plus du financement des frais de fonctionnement et d'entretien et des immobilisations prévu par l'accord, les hôpitaux peuvent présenter des demandes de financement supplémentaire pour mettre en œuvre des programmes nouveaux ou améliorés.

Seul l'Hôpital général de Whitehorse reçoit directement des fonds dans le cadre d'un accord de contribution. L'hôpital pavillonnaire Watson Lake et tous les centres de santé sont financés à partir du budget du gouvernement du Yukon.

La *Loi sur l'assurance-hospitalisation* et le Règlement sur l'assurance-hospitalisation du Yukon régissent les paiements versés par le régime d'assurance-santé aux établissements qui

offrent des services hospitaliers assurés. Cette législation établit le cadre législatif régissant le versement de paiements pour les services assurés fournis par ces hôpitaux aux assurés. Aucune modification n'a été apportée à la législation en 2003-2004.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

Le gouvernement du Yukon a tenu compte des contributions fédérales versées dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux dans son Budget annuel des dépenses pour 2002-2003 et dans ses comptes publics, mis à la disposition du public. Les alinéas 3(1) d) et e) de la *Loi sur l'assurance-santé* et l'article 3 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation* reconnaissent la contribution du gouvernement du Canada.

7.0 Services complémentaires de santé

Soins en établissement

Des services de soins de santé prolongés sont offerts aux résidents admissibles du Yukon. En 2003-2004, trois établissements offraient un ou plusieurs des services suivants au Yukon :

- ☐ soins personnels;
- ☐ services complémentaires de santé;
- ☐ soins intermédiaires en maison de repos;
- ☐ soins spéciaux;
- ☐ soins de relève;
- ☐ programme de jour;
- ☐ popote roulante.

Un nouvel établissement de soins prolongés a ouvert à Whitehorse au cours de l'été 2002; il compte 72 lits en service et dotés en personnel. Vingt-quatre autres lits pourront être offerts si les tendances d'occupation futures en révèlent le besoin.

Au total, on comptait 113 lits dans des établissements de soins prolongés ou de longue durée dans le territoire en 2003-2004.

Aucune modification importante n'a été apportée à l'administration de ces services en 2003-2004.

Services de soins à domicile

Le programme de soins à domicile du Yukon offre des services d'évaluation et de traitement, de gestion des soins, de soutien personnel, d'entretien ménager, d'aide sociale, de relève et de soins palliatifs. À Whitehorse, les services sont fournis par des travailleurs de soutien à domicile, des infirmières, des travailleurs sociaux et des thérapeutes. Dans la majorité des collectivités rurales, les soins infirmiers sont dispensés dans le cadre du programme de soins infirmiers communautaires, et des travailleurs de soutien à domicile offrent des soins personnels, des services d'entretien ménager et des services de relève. Les services thérapeutiques sont dispensés par une équipe régionale itinérante composée de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes. Les services sont disponibles du lundi au vendredi. À Whitehorse, d'autres services, comme un soutien planifié pendant la fin de semaine ou en soirée, peuvent être offerts jusqu'à 21 h pendant la phase finale des soins palliatifs. Des soins de 24 h ne sont pas offerts.

Services de soins de santé ambulatoires

Le programme de soins à domicile du Yukon fournit la majorité des services de soins de santé ambulatoires à l'extérieur des établissements. La plupart des autres services sont fournis par des services infirmiers communautaires ou des services de santé publique. Les résidents ont tous le même accès à ces services.

Les services susmentionnés ne sont pas prévus dans la législation.

Les résidents admissibles du Yukon ont aussi accès aux programmes et services suivants, qui ne sont pas exigés par la *Loi canadienne sur la santé* :

- ☐ **Programme de prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou**

d'une affection chronique – Verse des prestations aux résidents du Yukon admissibles atteints d'une maladie chronique particulière ou d'un grave handicap fonctionnel. Couvre des médicaments d'ordonnance et les fournitures et pièces d'équipement médicochirurgicales nécessaires. (Règlement sur les prestations aux personnes atteintes d'une incapacité ou d'une affection chronique);

- **Programme d'assurance-médicaments** et **Programme d'avantages complémentaires** – Aident les aînés inscrits à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des soins dentaires, des soins de la vue, des services de l'ouïe et des fournitures et pièces d'équipement médicochirurgicales. (Pharmacare Plan Regulation et Extended Health Care Plan Regulation);
- **Programme d'assurance-déplacements** – Couvre, pour les résidents admissibles du Yukon, le coût du transport urgent ou non urgent médicalement nécessaire par voie aérienne ou terrestre pour recevoir des services qui ne sont pas offerts à l'échelle locale. (*Loi sur les frais de déplacement liés à des soins médicaux* et son règlement);
- **Programme d'assurance-médicaments et de soins de la vue pour les enfants** – Aide les familles à faible revenu à assumer le coût des médicaments d'ordonnance, des examens de la vue et des lunettes d'ordonnance pour les personnes de 18 ans et moins. (Règlement sur les prestations pour les soins de la vue et les médicaments prescrits aux enfants);
- **Services de santé mentale** – Offre des services d'évaluation, de diagnostic, de traitement individuel et en groupe, de consultation et d'aiguillage aux personnes aux prises avec une variété de problèmes de santé mentale. (*Loi sur la santé mentale* et son Règlement);
- **Santé publique** – Fait la promotion de la santé et du bien-être partout sur le territoire au moyen de divers programmes de prévention et d'éducation. Ce programme n'est pas imposé par la loi;
- **Programme de services ambulanciers** – Assure la stabilisation des urgences et le transport des personnes malades ou blessées du lieu de l'accident à l'établissement de santé le plus près en mesure de dispenser des soins du niveau requis. Ce programme n'est pas imposé par la loi;
- **Programme de soins de l'ouïe** – Offre aux personnes de tous âges souffrant d'une variété de troubles de l'ouïe des services d'évaluation systématique et de diagnostic. Mène des activités de sensibilisation du public. Ce programme n'est pas imposé par la loi;
- **Programme de soins dentaires** – Offre des soins dentaires complets – diagnostic, prévention et restauration – aux enfants du niveau préscolaire à la 8e année, à Whitehorse et à Dawson City. Les soins s'étendent jusqu'à la 12e année (fin du secondaire) dans toutes les autres collectivités du Yukon. Ce programme n'est pas imposé par la loi.

Personnes inscrites	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	31,255	31,133	31,036	30,534	30,917

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
2. Quantité (#):					
a. soins actifs	2	2	2	2	2
b. soins chroniques	0	0	0	0	0
c. soins de réadaptation	0	0	0	0	0
d. autres	13 [1]	13 [1]	13 [1]	13 [1]	13 [1]
e. total	15	15	15	15	15
3. Paiements ($):					
a. soins de courte durée	19,587,158	20,350,026	21,920,937	22,515,448	24,877,479
b. soins chroniques	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. soins de réadaptation	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
d. autres	5,502,144 [1]	5,483,948 [1]	5,997,920 [1]	6,133,453 [1]	6,318,565 [1]
e. total	25,089,302	25,833,974	27,918,907	28,648,901	31,196,044
Établissements privés à but lucratif	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
4. Quantité (#):					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#):					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
6. Paiements totaux destinés aux ($):					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004 [2]
7. Nombre de médecins participants (#) [3]					
a. omnipraticiens	41	43	49	53	55
b. spécialistes	5	6	5	6	8
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	46	49	54	59	63
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#)					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#)					
a. omnipraticiens	153,542	164,497	160,932	186,479	191,002
b. spécialistes	11,704	14,789	11,881	11,040	10,460
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	165,246	179,286	172,813	197,519	200,462
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte ($)					
a. omnipraticiens	5,248,704	5,803,619	5,692,583	6,740,552	7,336,403
b. spécialistes	1,189,271	1,263,380	1,143,968	971,283	984,711
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	6,437,975	7,066,999	6,836,551	7,711,835	8,321,114
12. Paiement moyen par frais de service ($)					
a. omnipraticiens	34.18	35.28	35.38	36.15	38.61
b. spécialistes	101.61	85.43	96.29	87.98	94.14
c. autres	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
d. tous les services	38.96	39.42	39.56	39.04	41.51
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) [4]					
a. médicaux	123,333	131,685	131,004	154,591	151,825
b. chirurgicaux	22,092	25,670	26,653	26,388	31,894
c. diagnostics	19,822	18,978	15,156	16,540	16,472
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	165,247	176,333	172,813	197,519	200,461
14. Paiements totals effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement ($) [4]					
a. médicaux	5,144,453	5,729,729	5,550,975	6,386,109	6,802,367
b. chirurgicaux	978,628	1,028,529	1,057,467	1,029,697	1,257,750
c. diagnostics	314,893	308,741	228,109	296,029	260,997
d. autres	0	0	0	0	0
e. total	6,437,975	7,066,999	6,836,551	7,711,835	8,321,114
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement ($) [4]					
a. médicaux	41.71	43.51	42.38	41.31	44.80
b. chirurgicaux	44.30	40.07	39.68	39.02	39.44
c. diagnostics	15.89	16.27	15.05	17.90	15.84
d. autres	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
e. tous les services	38.96	40.08	39.56	39.04	41.51

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	735	719	663	666	783
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	7.025	6.760	6.547	7.241	6.938
18. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	4.683.562	4.218.846	4.299.055	5.861.530	7.587.906
19. Paiements totaux, consultations externes ($)	920.769	861.375	945.804	1.037.692	936.376
20. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	6.372.20	5.867.66	6.484.25	8.801.10	9.690.81
21. Paiement moyen, consultations externes ($)	131.07	127.43	144.47	143.31	134.96
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
22. Quantité de services (#)	31.020	36.828	32.461	34.853	34.037
23. Paiements totaux ($)	1.404.195	1.642.495	1.601.642	1.799.019	1.833.654
24. Paiement moyen par service ($)	45.27	44.60	49.34	51.62	53.87

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	11	9	15	9	8
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	67	54	40	26	46
27. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	22.125	27.520	50.599	9.339	13.536
28. Paiements totaux, consultations externes ($)	7.080	8.368	4.431	2.451	5.994
29. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	2.011.37	3.057.78	3.373.27	1.037.67	1.692.00
30. Paiement moyen, consultations externes ($)	105.68	154.97	110.78	94.27	130.30
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
31. Quantité de services (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
32. Paiements totaux ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
33. Paiement moyen par service ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire [5]

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
34. Nombre de dentistes participants (#)	9	11	11	8	6
35. Nombre de services fournis (#)	214	222	214	150	104
36. Paiements totaux ($)	59.458	50.876	51.078	37.342	25.093
37. Paiement moyen par service ($)	277.84	229.17	238.69	248.95	241.28

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire
Spécialistes itinérants, médecins suppéants et remboursements aux membres [6]

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
38. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#)					
a. omnipraticiens	27,757	32,986	18,663	21,896	21,109
b. spécialistes	11,332	7,009	11,323	12,830	6,165
c. total	39,089	39,995	29,986	34,726	27,274
39. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte ($)					
a. omnipraticiens	907,848	1,156,197	699,718	788,293	819,490
b. spécialistes	727,972	303,424	885,944	1,192,364	1,020,988
c. total	1,635,820	1,459,621	1,585,662	1,980,657	1,840,478
40. Paiement moyen par frais de service ($) :					
a. omnipraticiens	32.71	35.05	37.50	36.00	38.82
b. spécialistes	64.24	43.29	78.25	92.94	165.61
c. total	41.85	36.50	52.88	57.04	67.48
41. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) [4]					
a. médicaux	31,609	31,099	23,431	25,402	23,466
b. chirurgicaux	5,141	6,121	4,888	7,510	2,097
c. diagnostics	2,339	2,775	1,667	1,814	1,711
d. total	39,089	39,995	29,986	34,726	27,274
42. Paiements totals effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement ($) [4]					
a. médicaux	1,436,115	1,133,717	1,224,899	1,392,766	1,371,373
b. chirurgicaux	132,349	260,188	285,503	481,940	374,435
c. diagnostics	67,356	65,716	75,261	105,951	94,671
d. total	1,635,820	1,459,621	1,585,663	1,980,657	1,840,479
43. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement ($) [4]					
a. médicaux	45.43	36.46	52.28	54.82	58.44
b. chirurgicaux	25.74	42.51	58.41	64.17	178.56
c. diagnostics	28.80	23.68	45.15	58.41	55.33
d. all services	41.85	36.50	52.88	57.04	67.48

Notes

1. Comprend 12 centres de santé et un poste sanitaire satellite.
2. Comprend les paiements des services sur appel fournis par les médecins.
3. Comprend seulement les médecins de famille et les spécialistes résidents.
4. Exclut les services et les coûts dans le cas des médecins rémunérés en vertu d'autres ententes.
5. Inclut la facturation directe des services assurés de chirurgie dentaire reçus à l'extérieur du territoire.
6. Exclut les services et les coûts dans le cadre d'autres ententes de paiement.

Territoires du Nord-Ouest

Introduction

De concert avec huit autorités de la santé et des services sociaux (ASSS), le ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) planifie, gère et offre une gamme complète de services de soins de santé et de services sociaux disponibles en milieu communautaire et dans des établissements. Les programmes de santé communautaire comprennent des cliniques quotidiennes pour les malades, des cliniques de santé publique, des soins à domicile, des programmes de santé en milieu scolaire et des programmes d'éducation. Des médecins et des spécialistes se rendent régulièrement dans les collectivités qui n'ont pas de médecin résident. Parmi les services offerts figurent également les interventions précoces, le soutien aux familles et aux enfants, les services de santé mentale et le traitement des toxicomanies.

Grâce au conseil d'administration en place dans chacune des ASSS, les résidents des T.N.-O. peuvent adapter les priorités et les services à leur collectivité. Dans les T.N.-O., le personnel infirmier est le groupe de professionnels de la santé le plus important.

Le 1er avril 2004, les T.N.-O. comptaient environ 42 274 habitants, dont la moitié étaient des Autochtones[1]. La population des T.N.-O. demeure relativement jeune, et le taux de natalité est élevé. Selon les prévisions démographiques de 2003, environ 25 p. 100 de la population des T.N. O. était âgée de moins de 15 ans, comparativement à 18 p. 10 pour la population canadienne dans son ensemble[2].

Maintien d'un système durable

En février 2002, le ministre de la Santé et des Services sociaux a publié le Plan d'action 2002-2005 du Système des services de santé et des services sociaux. Ce plan prévoit 45 mesures assorties de résultats et d'échéances bien définis en vue d'améliorations dans les secteurs suivants :

- **Services à la population** – mesures pour aider la population à prendre soin d'elle-même et améliorer le soutien qu'elle reçoit de la Santé et des Services sociaux (SSS);
- **Soutien au personnel** – mesures pour attirer et retenir la vaste gamme de professionnels de la SSS qui sont essentiels à la prestation de services de qualité;
- **Gestion du système dans son ensemble** – mesures pour améliorer la structure organisationnelle et la gestion du Système des services de santé et des services sociaux;
- **Appui aux administrateurs** – mesures pour définir pleinement le rôle de leadership et les capacités des conseils d'administration des autorités de la SSS;
- **Responsabilisation du système dans son ensemble** – mesures pour clarifier et accroître la responsabilisation du Système des services de santé et des services sociaux à l'égard du public, du Ministère et des autorités de la SSS envers le ministre, et les uns envers les autres.

Des rapports d'étape publics ont paru tous les six mois. Au cours des deux dernières années, 39 mesures ont déjà été prises ou font partie des tâches actuelles du Système des services de santé et des services sociaux. Nombre de

1 Statistique Canada. Estimations démographiques trimestrielles et Statistique Canada. Recensement de 2001.

2 Statistique Canada. CANSIM II, Tableau 051-0001, juin 2003.

réalisations du Plan d'action ont jeté les bases pour la prestation de programmes adaptés et de qualité.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-santé et autorité publique

Le régime d'assurance-santé des T. N.-O. comprend le régime d'assurance-maladie et le régime d'assurance-hospitalisation. L'administration du régime d'assurance-maladie relève du directeur de l'assurance médicale, lequel est nommé en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Le ministre gère le régime d'assurance-hospitalisation par l'entremise de conseils d'administration établis en vertu de l'article 10 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*.

Le régime de soins de santé des Territoires du Nord-Ouest est assujetti aux dispositions de la *Loi sur l'assurance-maladie* (révisée en 1988) et de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* (révisée en 2003). En novembre 2003, les législateurs ont apporté des modifications mineures à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* pour permettre au ministre de dispenser les employés du Conseil de Hay River des services publics, jusqu'à ce que l'autorité de la santé et des services sociaux soit reconstituée en vertu de cette loi plutôt que de la *Loi sur les sociétés*.

Les pouvoirs du ministre sont exposés dans l'article 15 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*. Son mandat est décrit plus en détails dans la politique d'établissement du Ministère.

1.2 Liens hiérarchiques

Dans les Territoires du Nord-Ouest, le ministre de la Santé et des Services sociaux nomme un directeur de l'assurance-maladie, qui est responsable de la gestion de la *Loi sur l'assurance-maladie* et de l'application de son règlement. Au cours de chaque exercice, le directeur présente un rapport au ministre relativement au fonctionnement du régime d'assurance-maladie.

Le ministre désigne également les membres d'un conseil d'administration pour chaque région des T.N.-O. Des conseils de gestion sont établis en vertu de l'article 10 de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* ou de la *Loi sur les sociétés*. Ils sont dotés du pouvoir de gérer et de surveiller les établissements de santé et de services et de veiller à leur fonctionnement, et, sous réserve de la *Loi sur la gestion des finances publiques*, d'exercer tous les pouvoirs nécessaires et accessoires à ces fonctions. Les présidents des conseils siègent indéfiniment, tandis que les autres membres sont généralement nommés pour un mandat de trois ans, jusqu'à un maximum de trois mandats consécutifs.

Conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques*, les comptes de chaque conseil d'administration sont vérifiés annuellement. Le ministre rencontre régulièrement les présidents des conseils, et l'on profite de cette occasion pour communiquer des renseignements non financiers.

1.3 Vérification des comptes

Le régime d'assurance-hospitalisation et le régime d'assurance-maladie sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le vérificateur général du Canada (VGC) est chargé de vérifier les paiements effectués en vertu du régime d'assurance-maladie. Dans le cadre de la vérification des comptes publics, le VGC vérifie également le régime d'assurance-hospitalisation.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers assurés sont offerts en vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et de l'administration des services de santé et des services sociaux* et du Règlement afférent. Au cours de l'exercice 2003-2004, quatre hôpitaux et 28 centres de santé fournissaient des services hospitaliers assurés aux malades hospitalisés et aux malades externes.

Les Territoires du Nord-Ouest donnent accès à une gamme complète de services hospitaliers assurés. Ils offrent aux patients hospitalisés les services assurés suivants :

- ☐ l'hébergement et les repas en salle commune;
- ☐ les services infirmiers nécessaires;
- ☐ les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires;
- ☐ les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital;
- ☐ les fournitures chirurgicales courantes;
- ☐ l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie;
- ☐ l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils existent;
- ☐ les services de psychiatrie et de psychologie offerts dans le cadre d'un programme agréé;
- ☐ les services offerts par des personnes rémunérées par l'hôpital;
- ☐ les services fournis par un centre de désintoxication agréé.

Les T.N.-O. fournissent également les services externes suivants :

- ☐ les analyses en laboratoire et les radiographies, y compris l'interprétation de ces examens, lorsqu'elles sont requises par un médecin et effectuées dans un centre de consultation externe ou dans un hôpital agréé;
- ☐ les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes;
- ☐ les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie offerts dans un hôpital agréé;
- ☐ les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert dans un hôpital agréé.

Le Règlement sur les services d'assurance-hospitalisation contient une liste détaillée des services assurés offerts aux patients hospitalisés et aux patients en consultation externe. L'article 1 de ce Règlement définit les « services assurés aux patients externes » comme les services et les fournitures offerts aux patients externes, qui suivent :

- ☐ les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic ainsi que les interprétations nécessaires pour aider à établir un diagnostic et un traitement pour toute blessure, maladie ou incapacité, à l'exclusion de procédés simples comme les examens hématologiques et les analyses d'urine, qui font habituellement partie des examens de routine des médecins;
- ☐ les services infirmiers nécessaires;
- ☐ les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes, tels qu'ils sont inscrits à l'annexe B, lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital;
- ☐ l'usage des salles d'opération et des installations d'anesthésie, y compris l'équipement et les fournitures nécessaires;
- ☐ les fournitures chirurgicales courantes;
- ☐ les services offerts par des personnes qui sont rémunérées par un hôpital pour la prestation de ces services;
- ☐ les services de radiothérapie offerts dans des établissements assurés;
- ☐ les services de physiothérapie offerts dans des établissements assurés.

Le ministre peut ajouter, modifier ou supprimer des services hospitaliers assurés. Ainsi, le ministre recommande au commissaire d'apporter des modifications au Règlement. Il est également du ressort du ministre de décider s'il y a lieu de recourir à une consultation publique avant de modifier la liste des services assurés.

Dans les Territoires du Nord-Ouest, là où les services assurés ne sont pas offerts, les résidents peuvent les recevoir dans des hôpitaux d'autres provinces ou territoires. Ces services doivent être médicalement nécessaires. Les T.N.-O. offrent une aide pour le transfert médical, un régime de prestations sanitaires supplémentaire prévu dans la politique de déplacement à des fins médicales, qui assure aux résidents des T.N.-O. l'accès aux services médicalement nécessaires.

2.2 Services médicaux assurés

La *Loi sur l'assurance-maladie* des Territoires du Nord-Ouest et le Règlement afférent prévoient la prestation de services médicaux assurés. Tous les médecins et les infirmières ou infirmiers praticiens doivent avoir obtenu l'autorisation de pratiquer dans les T.N-O.

Les Territoires du Nord-Ouest offrent une vaste gamme de services médicaux nécessaires. On y fournit, sans restriction, tout service considéré comme assuré. Tous les actes médicalement nécessaires effectués par les médecins sont assurés en vertu du régime d'assurance-maladie, y compris les services suivants :

- ☐ les services de diagnostic et les services thérapeutiques approuvés;
- ☐ les services chirurgicaux nécessaires;
- ☐ les soins obstétriques complets;
- ☐ les examens des yeux;
- ☐ les consultations chez un spécialiste, même si le patient ne lui a pas été adressé par un omnipraticien.

Après la tenue de négociations entre l'Association des médecins des T.N.-O. et le directeur de l'assurance-maladie, il est possible de prendre en considération l'ajout de nouveaux services médicaux au barème d'honoraires applicable dans les T.N.-O. Il incombe au directeur de l'assurance-maladie de gérer le processus d'ajout ou de suppression d'un service médical. Toutefois, il revient au ministre de décider d'ajouter ou de supprimer au Règlement des services hospitaliers assurés, comme suit :

- ☐ établir un régime d'assurance-maladie qui offre aux assurés, par l'entremise de médecins, des services assurés qui permettront, à tous égards, aux T.N.-O. de recevoir des contributions du gouvernement fédéral sous le régime de la *Loi canadienne sur la santé*;
- ☐ fixer les taux d'honoraires et les frais qui peuvent être payés pour les services assurés rendus par des médecins, à l'intérieur ou à l'extérieur des T.N.-O., et les conditions auxquelles les honoraires et les frais sont payables.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les services assurés et les services associés à la chirurgie buccale et maxillo-faciale ou à une intervention consécutive à une blessure à la mâchoire ou à une maladie de la bouche ou de la mâchoire sont admissibles. Seuls les chirurgiens stomatologistes peuvent présenter des demandes de paiement. Les T.N.-O. utilisent comme guide le barème de la province de l'Alberta pour les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Voici les services fournis par les hôpitaux, les médecins et les dentistes qui ne sont pas couverts par le régime d'assurance-santé des T.N.-O. :

- ☐ les services médico-légaux;
- ☐ les examens effectués par des tiers;
- ☐ les services non médicalement nécessaires;
- ☐ les vaccinations de groupe;
- ☐ la fécondation in vitro;
- ☐ les services offerts par un médecin aux membres de sa famille;
- ☐ les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone;
- ☐ la chirurgie esthétique, sauf si elle est médicalement nécessaire;
- ☐ les services dentaires autres que les services de chirurgie buccale et maxillo-faciale nommément désignés;

les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les préparations

connexes, lorsque l'acte est réalisé au cabinet du médecin;
- ☐ les lunettes et les appareils spéciaux;
- ☐ les plâtres, les appareils chirurgicaux ou les bandages spéciaux;
- ☐ les traitements fournis au cours des services de chiropratique, de podologie, de naturopathie, d'ostéopathie ou de toute autre intervention pratiquée habituellement par des personnes qui ne sont pas médecins, comme il est défini dans la *Loi sur l'assurance-maladie* et son Règlement afférent;
- ☐ les services de physiothérapie et de psychologie qui n'ont pas été donnés dans un établissement de consultation externe assuré;
- ☐ les services assurés en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ou de toute autre loi fédérale ou territoriale;
- ☐ les examens de santé annuels courants, lorsqu'il n'y a pas de diagnostic définissable.

Dans les T.N.-O., les demandes d'approbation préalable doivent être présentées au directeur des services assurés pour la fourniture de biens ou de services médicaux non assurés en même temps que pour la prestation d'un service de santé assuré. Un conseiller médical doit fournir au directeur des recommandations concernant la pertinence de la demande.

La *Loi sur l'assurance-maladie* des T.N.-O. comprend le Règlement sur l'assurance-maladie ainsi qu'un barème d'honoraires pour les médecins. Elle prévoit également le pouvoir de négocier des modifications ou des suppressions au barème d'honoraires des médecins. Le processus est décrit à la partie 2.2 du présent rapport.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité

La *Loi sur l'assurance-maladie* définit l'admissibilité des résidents des T.N.-O. au régime d'assurance-santé des T.N.-O.

Pour définir l'admissibilité, on a recours à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité ainsi qu'aux directives ayant trait à l'inscription au régime d'assurance-santé des T.N.-O. Aucune modification en matière d'admissibilité n'a été apportée pour la période couverte par le rapport.

Le régime d'assurance-santé des T.N.-O. exclut les membres des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada, les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier du gouvernement fédéral et les résidents dont la période d'attente minimale n'est pas terminée.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, les personnes doivent remplir un formulaire de demande et fournir les documents justificatifs pertinents (notamment, visas et documents d'immigration). Les demandeurs doivent être en mesure de fournir, sur demande, une preuve de résidence. De façon optimale, l'inscription devrait avoir lieu avant la date d'admissibilité réelle du résident. Les cartes relatives aux soins de santé sont renouvelées tous les deux ans. L'inscription est directement associée à l'admissibilité au régime. Les demandes de remboursement présentées par les résidents dont l'inscription n'est pas valide ne sont pas acceptées.

En août 2004, quelque 41 000 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-maladie des T.N.-O. Le numéro d'inscription vient de la base de données du régime d'assurance-maladie du ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O.

Le régime d'assurance-santé ne prévoit aucune possibilité de retrait officielle pour les patients.

3.3 Autres catégories de personnes

Les titulaires d'un visa d'emploi, d'un visa d'étudiant et, dans certains cas, d'un visa de visiteur sont couverts par le régime s'ils satisfont aux dispositions de l'entente d'admissibilité et de

transférabilité et aux lignes directrices relatives à la couverture du régime de soins de santé.

4.0 Transférabilité

4.1 Période d'attente minimale

Les personnes assurées qui déménagent dans les Territoires du Nord-Ouest sont assujetties à des périodes d'attente, conformément à l'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. En général, les résidents qui s'installent de façon permanente dans les T.N.-O. ne sont pas assurés avant le premier jour du troisième mois; ceux qui viennent y travailler pour moins de 12 mois, mais peuvent confirmer que la période d'emploi a été prolongée au-delà de 12 mois, ne sont pas assurés avant le premier jour du treizième mois.

4.2 Couverture au cours d'absences temporaires au Canada

L'entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité et les directives d'inscription au régime d'assurance-santé des T.N.-O. définissent les règles de transférabilité de l'assurance-santé pendant des absences temporaires à l'intérieur du Canada.

Les étudiants qui s'absentent temporairement des T.N.-O. sont couverts pendant qu'ils fréquentent à temps plein un établissement d'enseignement postsecondaire. Les personnes qui, pour diverses raisons (travail, vacances, etc.), s'absentent temporairement des T.N.-O. demeurent assurées pendant un maximum d'une année. Lorsqu'une personne a rempli un formulaire d'absence temporaire des Territoires du Nord-Ouest et que le Ministère a approuvé sa demande, les frais des services assurés reçus au cours d'une année dans d'autres provinces ou territoires sont entièrement payés.

Les T.N.-O. ont signé avec les autres provinces et territoires des ententes de facturation réciproque pour les services hospitaliers et médicaux assurés.

4.3 Couverture au cours d'absences temporaires à l'étranger

Les directives ayant trait à l'inscription au régime d'assurance-santé des T.N.-O. exposent les critères qui définissent la protection assurée pendant les séjours à l'étranger.

Le sous-alinéa 11 (1) (b) (ii) de la *Loi canadienne sur la santé* stipule que les résidents peuvent présenter les reçus des frais engagés pour des services fournis à l'étranger. Les T.N.-O. prévoient le remboursement personnel lorsqu'un résident des T.N.-O. quitte temporairement le Canada pour des raisons personnelles telles que des vacances et qu'il requiert des soins médicaux au cours de cette période. Ces personnes devront couvrir les frais et en demander le remboursement à leur retour aux T.N.-O. Les taux correspondent aux taux figurant dans le barème d'honoraires des médecins et aux taux fixés pour les services offerts dans les hôpitaux et les cliniques externes.

Une personne qui séjourne à l'étranger peut être couverte pour une période maximale d'un an (moyennant une approbation préalable). Au cours de la période couverte par ce rapport, aucune autorisation n'a été accordée pour assurer la couverture du régime d'assurance-santé d'un résident des T.N.-O. pendant qu'il demeurait à l'extérieur du Canada pour une période maximale d'un an. Dans le contexte des règles d'admissibilité, les résidents des T.N.-O. peuvent conserver leur couverture pour une période maximale d'un an s'ils quittent le Canada, mais ils doivent présenter des renseignements détaillés confirmant que leur résidence permanente demeure dans les T.N.-O. Étant donné que personne n'était couvert par cette disposition, il n'y a eu aucune demande de paiement. Les taux correspondent aux taux figurant dans le barème d'honoraires des médecins et aux taux fixés pour les services offerts dans les hôpitaux et les cliniques externes.

4.4 Nécessité d'obtenir une autorisation préalable

Les T.N.-O. exigent une approbation préalable si une personne envisage de se faire rembourser les services reçus dans d'autres provinces ou territoires ou à l'extérieur du pays. Il est également nécessaire d'obtenir une approbation préalable si l'on s'adresse à des établissements privés pour recevoir des services assurés.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de santé assurés

Dans les Territoires du Nord-Ouest, tous les résidents ont droit à un programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales et de prestations complémentaires de santé destiné à lever tous les obstacles d'ordre économique. L'article 14 de la *Loi sur l'assurance-maladie* stipule que la surfacturation n'est pas autorisée.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Il y avait des lits disponibles pendant la période visée. En cas de pénurie, les résidents auraient été transportés dans un autre établissement où l'on trouve les lits nécessaires. Les hôpitaux et les centres de santé des T.N.-O. ont continué d'éprouver certains problèmes de dotation en personnel à court terme, ce qui a entraîné des répercussions négatives sur les activités. Cependant, grâce à certains arrangements touchant les déplacements à des fins médicales, l'accès aux services a été maintenu au cours de l'exercice 2003-2004.

Les établissements des T.N.-O. sont en mesure d'offrir une gamme de services médicaux, de chirurgie, de réadaptation et de diagnostic. On a mis en œuvre le programme d'aide financière des T.N.-O. pour les déplacements à des fins médicales afin de permettre aux résidents de recevoir les services nécessaires non disponibles dans les établissements des Territoires.

Au cours de l'exercice 2003-2004, les T.N.-O. ont continué à développer le projet de télésanté en vue d'améliorer l'accès aux services hospitaliers assurés en apportant des mises à niveau techniques aux sites existants. On a pris un certain nombre de mesures pour achever l'installation de l'équipement et la mise à niveau des trois sites WestNet (Inuvik, Fort Smith et Yellowknife) et ajouter quatre collectivités (Deline, Fort Simpson, Hay River et Holman).

En 2003, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a donné suite à la précédente annonce d'un investissement supplémentaire de 8,3 millions de dollars en ressources humaines dans le Système des services de santé et des services sociaux. Cet investissement s'inscrit dans le prolongement du Plan de recrutement et de maintien en poste de professionnels paramédicaux, d'infirmières et d'infirmiers et de travailleurs sociaux des T.N.-O. Ce plan, diffusé en novembre 2002, prévoyait des mesures qui permettraient d'offrir aux employés davantage de perfectionnement, de formation et de soutien.

5.3 Accès aux services de soins médicaux et de soins chirurgico-dentaires

Les habitants des T.N.-O. ont accès à tous les établissements gérés par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

Le programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales permet aux résidents d'accéder aux services médicaux et le projet de télésanté donne aux résidents de collectivités isolées la possibilité d'avoir un meilleur accès aux services spécialisés.

5.4 Rémunération des médecins

Dans les Territoires du Nord-Ouest, la *Loi sur l'assurance-maladie* et le Règlement afférent régissent les paiements versés aux médecins. Les T.N.-O. utilisent deux modes de rémunération des médecins : le régime de la rémunération des services à l'acte et les accords contractuels. La majorité des médecins de famille travaillent dans le cadre d'un accord contractuel avec les T.N.-O., les autres sont rémunérés à l'acte.

Les honoraires des médecins pratiquant dans le cadre d'accords contractuels ou de la rémunération à l'acte sont établis à la suite de négociations entre la *Northwest Territories Medical Association* et le Ministère. Le directeur de l'assurance médicale et ses représentants négocient au nom du Ministère, et la *Northwest Territories Medical Association* choisit, parmi ses membres, les personnes qui feront partie de l'équipe de négociation. En mars 2004, le barème d'honoraires des T.N.-O., le contrat des omnipraticiens et le contrat des spécialistes des professionnels de l'autorité sanitaire territoriale de Stanton ont été renouvelés pour quatre ans.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Les paiements aux hôpitaux sont effectués conformément aux accords de contribution conclus entre les conseils d'administration et le Ministère. Les sommes allouées dans les accords sont établies d'après les ressources disponibles dans le budget global du gouvernement et le niveau de service assuré par l'hôpital.

Les paiements versés aux établissements offrant des services hospitaliers assurés sont régis par la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* ainsi que par la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Aucune modification n'a été apportée aux dispositions visant les paiements aux établissements au cours de l'exercice 2003-2004. Les hôpitaux des T.N.-O. sont financés au moyen d'un budget global.

6.0 Reconnaissance donnée aux transferts fédéraux

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a rendu compte des fonds versés par le gouvernement fédéral dans le cadre du Transfert en matière de santé et de programmes sociaux du Canada dans des communiqués de presse et dans divers autres documents. Pour l'exercice 2003-2004, ces comptes rendus font partie des documents suivants :

- le discours budgétaire 2003-2004;
- le budget principal des dépenses 2003-2004;
- les comptes publics 2002-2003;
- les plans d'activités pour le ministère des Finances 2003-2006.

Le Budget principal des dépenses susmentionné constitue le plan financier du gouvernement; celui-ci le présente chaque année à l'Assemblée législative.

7.0 Services complémentaires de santé

7.1 Soins intermédiaires en maison de repos et services de santé dans les établissements pour adultes

Les programmes et les services de soins continus offerts dans les collectivités des T.N.-O. peuvent comprendre l'aide à la vie autonome, les foyers de groupe pour adultes, les établissements de soins de longue durée et les établissements de soins prolongés. Ces programmes et services sont en place là où il est possible de les fournir, conformément à la politique d'établissement du ministère de la Santé et des Services sociaux, à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux* et au Règlement sur les normes hospitalières.

Les services d'aide à la vie autonome permettent de vivre dans un environnement familier avec un soutien accru et un niveau de supervision qu'on ne retrouve pas dans le contexte des services de soins à domicile. Actuellement, les Territoires offrent dans ce domaine des services d'aide à la vie autonome dans des maisons familiales, des appartements et des foyers de groupe, où les clients vivent dans la plus grande autonomie possible. Les foyers collectifs, les établissements de soins de longue durée et les établissements de soins prolongés fournissent en tout temps un soutien médical, physique ou mental plus complexe.

Le programme de soins à domicile des T.N.-O. permet d'offrir des services de soins communautaires efficaces, fiables et adaptés favorisant la vie autonome, d'élaborer des options de soins appropriées appuyant la vie communautaire et de faciliter l'accès aux soins institutionnels lorsque l'autonomie n'est plus une option viable. Les services de soins à domicile sont offerts par les autorités régionales de la santé et des services sociaux et comprennent une vaste gamme de services fondés sur une évaluation multidisciplinaire des besoins de la personne. Le Programme des soins à domicile offre des services aux six régions suivantes : Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Inuvik (y compris Beaufort Delta et Sahtu), Deh Cho et Dogrib.

	Personnes inscrites				
	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#).	41 000	41 673	42 886 [1]	40 399 [1]	43 202 [1]

	Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire				
Établissements publics	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
2. Quantité (#):					
a. soins actifs	4	4	4	4	4
b. soins chroniques	sans objet [2]	sans objet [2]	sans objet [2]	sans objet [2]	sans objet [2]
c. soins de réadaptation	sans objet [2]	sans objet [2]	sans objet [2]	sans objet [2]	sans objet [2]
d. autres	28 [3]	28 [3]	28 [3]	28 [3]	28 [3]
e. total	32	32	32	32	32
3. Paiements ($):					
a. soins de courte durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins chroniques	sans objet [2]	sans objet [2]	sans objet [2]	sans objet [2]	sans objet [2]
c. soins de réadaptation	sans objet [2]	sans objet [2]	sans objet [2]	sans objet [2]	sans objet [2]
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	36 215 847	40 282 046	44 268 039	48 451 358	50 962 729
Établissements privés à but lucratif	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
4. Quantité (#):					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#):					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
6. Paiements totaux destinés aux ($):					
a. installations chirurgicales	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
b. établissements d'imagerie diagnostique	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
c. total	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	35 [4]	29 [4]	24 [4]	37 [4]	44 [4]
b. spécialistes	18 [4]	18 [4]	13 [4]	16 [4]	15 [4]
c. autres	106 [5]	151 [5]	175 [5]	155 [5]	169 [5]
d. total	159 [6]	198 [6]	212 [6]	208 [6]	228 [6]
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	0	0	0	0	0
b. spécialistes	0	0	0	0	0
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	0	0	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	142 004	81 921	32 339	18 493	20 671
b. spécialistes	9 487	5 466	5 618	5 524	5 240
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total	151 491	87 387	37 957	24 017	25 911
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte ($) :					
a. omnipraticiens	5 589 151	3 357 203	1 226 502	824 503	813 758
b. spécialistes	650 639	599 167	616 393	617 448	673 494
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. total	6 239 790	3 956 370	1 842 895	1 441 951	1 487 252
12. Paiement moyen par frais de service ($) :					
a. omnipraticiens	39.36	40.98	37.93	44.58	39.37
b. spécialistes	68.58	109.62	109.72	111.78	128.53
c. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. tous les services	41.19	45.27	48.55	60.04	57.40
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	213 665	200 198	199 751	195 508	197 543
14. Paiements totals effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement ($) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	10 546 580	16 278 000	19 081 000	19 813 000	27 352 000
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement ($) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. tous les services	49.36	81.31	95.52	101.34	138.46

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	1 076	952	992	1 233	1 015
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	7 828	8 106	8 369	9 167	8 429
18. Paiements totaux, malades hospitalisés ($).	7 124 045	5 235 249	5 688 458	8 606 767	6 100 096
19. Paiements totaux, consultations externes ($).	1 153 525	1 378 612	1 406 932	1 831 343	1 839 081
20. Paiement moyen, malades hospitalisés ($).	6 620,86	5 499,21	5 734,33	6 980,35	6 009,95
21. Paiement moyen, consultations externes ($).	147,36	170,07	168,11	199,78	218,18
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
22. Quantité de services (#).	44 476	40 095	42 395	43 862	40 945
23. Paiements totaux ($).	2 340 523	2 140 669	2 264 235	2 794 590	2 937 334
24. Paiement moyen par service ($).	52,62	53,39	53,41	63,71	71,74

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#).	6	5	3	1	1
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#).	12	16	15	51	18
27. Paiements totaux, malades hospitalisés ($).	10 190	2 908	10 535	1 194	1 283
28. Paiements totaux, consultations externes ($).	2 270	1 713	2 181	99 009	16 763
29. Paiement moyen, malades hospitalisés ($).	1 698,39	581,52	3 511,52	1 193,53	1 283,00
30. Paiement moyen, consultations externes ($).	189,20	107,04	145,39	1 941,35	931,26
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
31. Quantité de services (#).	212	186	101	138	47
32. Paiements totaux ($).	18 197	13 989	9 979	9 482	2 424
33. Paiement moyen par service ($).	85,83	75,21	98,80	68,71	51,57

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
34. Nombre de dentistes participants (#).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
35. Nombre de services fournis (#).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
36. Paiements totaux ($).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
37. Paiement moyen par service ($).	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Notes

1. Chiffres pour 2001-2002 en date du 18 septembre 2002; chiffres pour 2002-2003 en date du 2 septembre 2003; chiffres pour 2003-2004 en date du 25 août 2004.
2. Principal type de soins d'aucun établissement des Territoires du Nord-Ouest. Par ailleurs, les 4 établissements de soins actifs offrent des soins de longue durée, la chirurgie d'un jour et des services de consultation externe, de diagnostic et de réadaptation.
3. Comprend les centres de santé et les services de santé publique.
4. Chiffres de 1999-2000 à 2001-2002 tirés de la base de données médicales Southam, Institut canadien d'information sur la santé. Les chiffres pour 2002-2003 et 2003-2004 sont des prévisions du ministère de la Santé et des Services sociaux des T.N.-O.
5. Évaluation du nombre de médecins suppléants. Pour les mesures 10 à 15, les données relatives aux médecins suppléants sont entrées avec celles des omnipraticiens et des spécialistes.
6. Prévisions basées sur le nombre total de médecins actifs pour chaque exercice.

Nunavut

Introduction

Le territoire du Nunavut, dont la superficie représente le cinquième de la masse continentale du Canada, a été établi le 1er avril 1999. Il compte vingt-six communautés réparties sur trois fuseaux horaires. Le Nunavut est divisé en trois régions : Qikiqtaaluk, Kivalliq et Kitikmeot, regroupant respectivement treize, huit et cinq communautés. Selon un récent recensement, la population du Nunavut compte 29 644 personnes, dont 40 pour cent n'ont pas atteint l'âge de 25 ans. Les Inuits constituent la majorité de la population – soit 85 pour cent. Une petite communauté de francophones (de quatre à six pour cent de la population) vit sur l'île de Baffin, principalement dans la capitale Iqaluit. De plus, le Nunavut compte un grand nombre de travailleurs migrants, dont des ouvriers qualifiés et d'autres travailleurs saisonniers provenant d'autres provinces et territoires.

Les lois régissant l'administration de la santé et des services sociaux au Nunavut sont issues des Territoires du Nord-Ouest et constituent les lois du Nunavut, en vertu de la *Nunavut Act* de 1999. Au cours des années à venir, le ministère de la Santé et des Services sociaux a l'intention d'examiner toutes les lois en vigueur afin de s'assurer de leur pertinence et de leur bien-fondé pour le gouvernement du Nunavut, comme l'exigent les objectifs du mandat Pinasuaqtavut. Ce mandat expose le programme préconisé par le gouvernement en vue d'édifier des communautés saines, de favoriser la simplicité et l'unité, l'autonomie et l'éducation permanente. On s'attend à ce que tous les ministères intègrent les valeurs inuites traditionnelles, qu'on appelle Qaujimajatuqangit, dans l'élaboration des politiques ainsi que dans la conception et la prestation des services.

La prestation des services de soins de santé au Nunavut repose sur un modèle de soins primaires. Il y a un centre de santé communautaire dans chacune des 25 communautés et un hôpital régional à Iqaluit. Les principaux dispenseurs de soins de santé sont des infirmières praticiennes dont l'étendue des responsabilités est plus vaste, ainsi que 17 médecins de famille à temps plein, dont 11 travaillent dans la région de Qikiqtaaluk; quatre dans la région de Kivalliq; deux, dans la région de Kitikmeot. Le Nunavut fait souvent appel à la Northern Medical Unit de l'Université du Manitoba, au Ottawa Health Services Network Inc. et au Stanton Regional Hospital à Yellowknife pour la majorité des services de médecins et de spécialistes.

La gestion et la prestation des services de soins de santé au Nunavut ont été intégrées dans les activités globales du ministère de la Santé et des Services sociaux lorsque les anciens conseils régionaux de santé (Qikiqtaaluk, Kitikmeot et Kivalliq) ont été dissous le 31 mars 2000. Les membres des anciens conseils sont alors devenus des employés du Ministère. Celui-ci a un bureau régional dans chacune des trois régions du territoire. Ces bureaux gèrent la prestation des services de soins de santé à l'échelon régional. On a continué de privilégier l'aide à la prestation des services de première ligne tout au long de ce regroupement.

En 2003-2004, le budget territorial pour les soins de santé et les services sociaux s'élevait à 182 244 000 $, dont environ 28,8 millions de dollars étaient affectés aux immobilisations.

La nouvelle *Nursing Act* du Nunavut (janvier 2004) permet d'embaucher des infirmières praticiennes. Au cours de la prochaine année, on apportera des modifications à d'autres lois en vue de préciser l'étendue des responsabilités élargies de ces professionnels des soins de santé.

En 2003-2004, quinze communautés étaient branchées au réseau de la télésanté dans

l'ensemble du territoire du Nunavut. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a reçu une somme supplémentaire de 2,7 millions de dollars du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires permettant d'intégrer au réseau de la télésanté sept nouvelles communautés, pour un total de 22 communautés. Les communautés faisant partie de ce réseau reçoivent la vaste gamme de services suivants : services de consultation avec un spécialiste, comme la dermatologie, la psychiatrie et la médecine interne; services de réadaptation; séances d'orientation régulières; visites familiales; enseignement médical continu.

Les défis et les besoins du Nunavut sont nombreux dans le domaine de la santé et du mieux-être de ses résidents. Environ le cinquième du budget du Ministère est consacré aux voyages pour soins médicaux. En raison de la très faible densité démographique de ce vaste territoire et d'une infrastructure de santé limitée (équipements et ressources humaines), l'accès à un éventail de services hospitaliers et de spécialistes oblige les résidents à se rendre à l'extérieur du territoire. Au cours des deux prochaines années, la construction d'un nouvel hôpital régional à Iqaluit et d'un nouvel établissement de santé régional à Rankin Inlet et à Cambridge Bay permettra au Nunavut de renforcer ses compétences internes et d'étoffer la gamme de services qu'il est possible d'offrir dans le territoire. Malgré les activités énergiques de recrutement et de maintien en poste aux échelons national et international, le Nunavut est toujours aux prises avec une grave pénurie d'infirmières. Le recrutement et le maintien en poste des autres professionnels de la santé, comme les travailleurs sociaux, les médecins et les physiothérapeutes, représentent également un défi permanent.

En 2003-2004, le Nunavut a reçu environ 209 000 $ dans le cadre d'une affectation de trois ans de 4,4 millions de dollars de l'enveloppe budgétaire provinciale/territoriale du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. Ces fonds sont affectés au soutien des coûts de transition de la mise en œuvre d'initiatives de renouvellement des soins de santé primaires durables et de grande envergure. Le gouvernement du Nunavut a embauché un coordonnateur chargé de la mise en œuvre du renouvellement des soins de santé primaires et prévoit améliorer sa technologie de l'information, ses programmes de formation en santé mentale, la promotion de la santé, la formation des prestataires de services, le renforcement des capacités du personnel inuit et la programmation de la santé de la population.

Les activités de promotion et de prévention en matière de santé figurent en tête de liste des priorités du Ministère. Ces activités comprennent notamment des stratégies de réduction du tabagisme, l'éducation publique sur les choix de vie sains, la sensibilisation aux TSAF, l'importance des aliments traditionnels, la nutrition prénatale et le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord.

1.0 Gestion publique

1.1 Régime d'assurance-maladie et autorité publique

Les régimes d'assurance-maladie du Nunavut, qui couvrent notamment les services médicaux et hospitaliers, sont gérés par le ministère de la Santé et des Services sociaux sans but lucratif.

La *Medical Care Act* (T.N.-O.,1988, et reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Nunavut Act*, 1999) régit l'admissibilité aux services médicaux assurés et leur paiement. L'*Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act* (T.N.-O., 1988, et reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Nunavut Act*, 1999) permet l'établissement de services hospitaliers et d'autres services de soins de santé.

Par la *Dissolution Act* (Nunavut, 1999), les trois anciens conseils de santé et de services sociaux des régions de Baffin, de Kitikmeot et de Kivalliq ont été dissous. Leurs activités ont été intégrées à celles du ministère de la Santé et des Services sociaux le 1er avril 2000. Les centres régionaux ont été conservés, afin d'appuyer les travailleurs

de première ligne et la prestation d'un large éventail de services de soins de santé et de services sociaux communautaires.

Aucune modification n'a été apportée aux lois en 2003-2004.

1.2 Liens hiérarchiques

Un directeur des soins médicaux est nommé en vertu de la *Medical Care Act* et voit à la gestion du régime d'assurance-maladie du territoire. Il relève du ministère de la Santé et des Services sociaux et doit déposer annuellement un rapport annuel sur les activités du régime d'assurance-maladie. Nos présentations annuelles pour le rapport annuel sur la *Loi canadienne sur la santé* servent de fondement à ces rapports en vertu de la *Medical Care Act*.

1.3 Vérification des comptes

Le vérificateur général du Canada agit à titre de vérificateur du gouvernement du Nunavut, conformément à l'article 30.1 de la *Financial Administration Act* (Nunavut, 1999). Son mandat est de vérifier les activités du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le vérificateur général du Canada doit vérifier chaque année les transactions et les états financiers consolidés du gouvernement ; cependant, le rapport annuel n'a pas été déposé devant l'Assemblée législative au cours de l'année 2003-2004.

2.0 Intégralité

2.1 Services hospitaliers assurés

Les services hospitaliers sont offerts au Nunavut en vertu des articles 2 à 4 de l'*Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act*. Aucune modification n'a été apportée à la loi ou aux règlements en 2003-2004.

En 2003-2004, des services hospitaliers assurés ont été fournis dans 26 établissements situés sur l'ensemble du territoire, à savoir un hôpital général à Iqaluit et 25 centres de santé communautaires. Le Baffin Regional Hospital d'Iqaluit est le seul établissement de soins actifs au Nunavut offrant une gamme de services hospitaliers aux malades hospitalisés et externes, tels qu'ils sont définis dans la *Loi canadienne sur la santé*. Les centres de santé communautaires offrent des services de santé publique, des services aux malades externes et de salles d'urgence de même que certains services de nuit (observations). De plus, il existe un nombre limité de lits d'accouchement au Rankin Inlet Birthing Centre. Les services de santé publique sont dispensés dans des cliniques de santé publique à Rankin Inlet et à Iqaluit.

Le Ministère a la responsabilité de donner des autorisations, de délivrer les permis d'exercer, d'inspecter et de superviser tous les établissements de santé et de services sociaux du territoire.

Les services assurés fournis aux malades hospitalisés comprennent les suivants :

- ☐ l'hébergement et les repas en salle commune;
- ☐ les services infirmiers nécessaires;
- ☐ les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques ainsi que les interprétations nécessaires;
- ☐ les médicaments ainsi que les préparations biologiques et connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital;
- ☐ les fournitures chirurgicales courantes;
- ☐ l'usage de salles d'opération, de salles d'accouchement et d'installations d'anesthésie;
- ☐ l'usage de services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils sont disponibles;
- ☐ les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé;
- ☐ les services fournis par des personnes rémunérées par l'hôpital;
- ☐ les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

Les services de consultation externe comprennent les suivants :

- ☐ les examens de laboratoire et les radiographies, y compris les interprétations,

quand ils sont requis par un médecin et effectués dans un établissement de consultation externe ou dans un hôpital agréé;
- ☐ les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales bénignes;
- ☐ les services de physiothérapie, d'ergothérapie, d'audiologie et d'orthophonie fournis dans un établissement de consultation externe ou dans un hôpital agréé;
- ☐ les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme offert par un hôpital agréé.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux ajoute des services assurés dans ses établissements selon la disponibilité de ressources et d'équipements appropriés et la faisabilité globale, conformément aux lignes directrices financières établies par le Ministère et avec l'aval du conseil de gestion financière du Nunavut. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste des services hospitaliers assurés en 2003-2004.

2.2 Services médicaux assurés

Le paragraphe (1) de l'article 3 de la *Medical Care Act* et l'article 3 des règlements relatifs à cette loisur l'assurance-maladie prévoient la prestation de services médicaux assurés au Nunavut. Aucune modification n'a été apportée à la loi ni aux règlements en 2003-2004.

Bien que la *Nursing Act* de 2004 permette de délivrer des permis d'exercer aux infirmières praticiennes du Nunavut, les médecins en titre sont les seuls praticiens autorisés à fournir des services médicaux assurés au Nunavut à l'heure actuelle. Le médecin doit être membre en règle d'un collège des médecins et chirurgiens et être autorisé à exercer au Nunavut. Le comité d'inscription des médecins du gouvernement du Nunavut gère ce processus pour les médecins du territoire. Le Nunavut compte en tout 17 médecins de famille à temps plein (11 dans la région de Qikiqtaaluk; quatre dans la région de Kivalliq; deux dans la région de Kitikmeot), de même qu'un chirurgien travaillant au Baffin Regional Hospital et qui fournit actuellement des services aux résidents du Nunavummiut. Les spécialistes en visite, les omnipraticiens et les médecins suppléants peuvent également fournir des services médicaux assurés par l'entremise d'accords conclus par chacune des trois régions du Ministère. En date du 31 mars 2004, 139 médecins participaient au régime d'assurance-maladie.

Les médecins peuvent choisir de recevoir des honoraires autres que ceux que prévoit le régime d'assurance-maladie, conformément à l'alinéa (a) ou (b) du paragraphe (2) de l'article 12 de la *Medical Care Act*, en avisant le directeur par écrit de cette décision. Ce choix peut être révoqué le premier jour du mois suivant, moyennant l'envoi d'une lettre à cet effet au directeur. En 2003-2004, aucun médecin n'a fait ce choix.

Les services médicaux assurés regroupent tous les services médicalement nécessaires donnés par des médecins. Lorsque les services assurés ne peuvent être fournis au Nunavut, le malade est envoyé dans une autre province ou un autre territoire afin qu'il puisse obtenir le service assuré.

L'ajout ou le retrait d'un service médical à la liste des services assurés nécessite l'approbation du gouvernement. À cette fin, le directeur de l'assurance-maladie participe aux négociations avec un groupe représentant les médecins afin de discuter du service en question. Par la suite, la décision du groupe est soumise à l'approbation du Cabinet. En 2003-2004, il n'y a eu aucun ajout ni retrait.

2.3 Services de chirurgie dentaire assurés

Les dentistes fournissant des services de chirurgie dentaire assurés en vertu du régime d'assurance-maladie du territoire doivent détenir un permis d'exercer, conformément à la *Dental Professions Act* (T.N.-O., 1988, et reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Nunavut Act*, 1999). Ils reçoivent des numéros à apposer aux factures présentées aux responsables du régime concernant la prestation de services dentaires

assurés. En 2003-2004, cinq chirurgiens stomatologistes ont reçu l'autorisation de facturer des services dentaires assurés au régime d'assurance-maladie du Nunavut.

Les services dentaires assurés se limitent aux actes de chirurgie dentaire qui figurent dans les règlements et qui nécessitent des ressources accessibles uniquement dans des hôpitaux pour être accomplis (p. ex., chirurgie pour corriger un prognathisme). Des chirurgiens stomatologistes de l'extérieur sont amenés au Nunavut sur une base régulière, mais, en de rares occasions, pour des états pathologiques complexes, les patients sont transportés par avion à l'extérieur du territoire vers des centres mieux équipés.

L'ajout de nouveaux services de chirurgie dentaire à la liste des services assurés doit être approuvé par le gouvernement. Aucun nouveau service n'a été ajouté à la liste en 2003-2004.

2.4 Services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire non assurés

Les services fournis en vertu de la *Workers Compensation Act* (T.N.-O., 1988, et reproduite pour le Nunavut par l'article 29 de la *Nunavut Act*, 1999) ou d'autres lois du Canada, sauf la *Loi canadienne sur la santé*, sont exclus.

Les services non assurés fournis par des médecins sont les suivants :

- ☐ les examens physiques annuels;
- ☐ les chirurgies esthétiques;
- ☐ les services considérés comme expérimentaux;
- ☐ les médicaments d'ordonnance;
- ☐ les examens physiques exécutés à la demande d'un tiers;
- ☐ les services d'optométrie;
- ☐ les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire;
- ☐ les services de chiropraticiens, de naturopathes, de podiatres et d'ostéopathes, et les traitements d'acupuncture;
- ☐ les services de physiothérapie, d'orthophonie et de psychologie reçus dans un établissement qui n'offre pas de services de consultation externe assurés (hôpital).

Les services non assurés fournis en milieu hospitalier sont les suivants :

- ☐ les frais hospitaliers excédant le taux de l'hébergement en salle commune pour une chambre privée ou semi-privée;
- ☐ les services qui ne sont pas médicalement nécessaires, comme la chirurgie esthétique;
- ☐ les services considérés comme expérimentaux;
- ☐ les frais d'ambulance (sauf pour les transferts entre les hôpitaux);
- ☐ les services dentaires autres que certains actes liés à des maladies ou à des blessures de la mâchoire;
- ☐ les services de réadaptation pour les alcooliques et les toxicomanes, sauf ceux pour lesquels une autorisation préalable a été consentie.

Le Baffin Regional Hospital facture 2 180,25 $ par jour pour les services fournis aux étrangers qui y séjournent.

Quand des résidents sont envoyés à l'extérieur du territoire pour y recevoir des services, le Ministère s'inspire des politiques et des procédures de la province ou du territoire concerné lorsqu'il est question de fournir des services à des résidents du Nunavut qui peuvent entraîner des frais supplémentaires, mais seulement dans la mesure où ces coûts sont couverts par le régime d'assurance-maladie du Nunavut (voir la section 4.2, Transférabilité). Les demandes ou les plaintes sont traitées séparément par la province ou le territoire concerné.

Le Ministère gère également le Programme des services de santé non assurés (PSSNA) au nom de Santé Canada pour les résidents des Premières nations et les Inuits du Nunavut. Le PSSNA couvre une quote-part au titre des déplacements pour soins médicaux, de l'hébergement et des repas dans les pensions (Ottawa, Winnipeg, Churchill, Edmonton et Yellowknife), les médicaments d'ordonnance, les traitements dentaires, les soins de la vue, les fournitures médicales et les prothèses, ainsi qu'un

certain nombre d'autres services secondaires offerts aux Inuits et aux Premières nations.

3.0 Universalité

3.1 Admissibilité au régime

L'admissibilité au régime d'assurance-maladie du Nunavut est brièvement définie dans les paragraphes (1), (2) et (3) de l'article 3 de la *Medical Care Act*. Le Ministère respecte également *l'Entente interprovinciale et territoriale en matière d'admissibilité et de transférabilité* et les lignes directrices internes. Aucune modification n'a été apportée aux lois ni aux règlements en 2003-2004.

Aux termes de ces dispositions, tous les résidents du Nunavut sont admissibles à des services de santé assurés et y ont droit en vertu de modalités uniformes. Le définition du mot « résident » est la suivante : personne légalement autorisée à être ou à rester au Canada, domiciliée et résidant habituellement au Nunavut, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans le territoire. Les demandes de participation au régime sont acceptées et des documents à l'appui sont exigés pour confirmer le statut de résident. Les résidents admissibles reçoivent une carte de santé comportant un numéro distinct.

La couverture débute généralement le premier jour du troisième mois suivant l'arrivée dans le territoire, mais une couverture peut être accordée à partir du tout premier jour dans certaines circonstances (p. ex. nouveau-né dont la mère ou le père est admissible à la couverture). De plus, les résidents permanents (immigrants admis), les Canadiens et Canadiennes de retour au pays, les résidents permanents de retour au pays et les non-Canadiens à qui l'on a délivré un permis d'emploi pour une période de douze mois ou plus ont également droit à la couverture dès le tout premier jour.

Les membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada ainsi que les détenus des pénitenciers fédéraux ne sont pas admissibles à l'inscription au régime. En vertu du régime d'assurance-maladie du Nunavut, ces groupes ont droit à la couverture au premier jour de leur libération.

Conformément à l'article 7 de *l'Entente interprovinciale et territoriale en matière d'admissibilité et de transférabilité*, les personnes au Nunavut qui sont temporairement absentes de leur province ou territoire d'origine et qui n'élisent pas domicile au Nunavut demeurent inscrites aux régimes de soins médicaux de leur province ou territoire d'origine pendant une durée maximale d'un an.

3.2 Exigences relatives à l'inscription au régime

Pour s'inscrire au régime, une personne doit présenter un formulaire de demande rempli et des documents à l'appui. Une carte de santé est délivrée à chaque résident. Le Nunavut adoptera un processus de renouvellement progressif en 2004-2005 puisqu'un nouveau système de facturation a été mis en place en 2003-2004. Aucune prime n'est exigible. Même si la couverture en vertu du régime d'assurance-maladie du Nunavut est liée à la vérification de l'inscription, tous les efforts sont consentis pour que les résidents admissibles soient couverts lorsqu'ils ont besoin de la couverture. Les non-résidents doivent posséder une carte de santé valide, délivrée par leur province ou territoire d'origine.

En date du 31 mars 2004, 31 660 résidents étaient inscrits au régime d'assurance-maladie du Nunavut. Les statistiques sur la population du Nunavut, publiées par Statistique Canada, font état d'un certain nombre de « résidents temporaires » qui ne sont pas admissibles à la couverture en vertu du régime du territoire. Aucune disposition ne prévoit la possibilité aux résidents de pouvoir se retirer du régime d'assurance-maladie.

3.3 Autres catégories de personnes

Les non-Canadiens et les non-Canadiennes détenteurs de visas d'emploi ou de visas d'étudiant valides durant moins de 12 mois, les travailleurs de passage et les détenteurs de permis ministériels (sauf exception) ne sont pas admissibles au régime. Lorsqu'une situation particulière se présente, une évaluation individuelle est effectuée, et ce, en conformité avec l'article 15 des Guidelines for Health Care Registration des T.N.-O., lesquelles ont été adoptées par le Nunavut en 1999.

4.0 Transférabilité

4.1 Délai minimal de résidence

Conformément à l'article 3 de *l'Entente interprovinciale et territoriale en matière d'admissibilité et de transférabilité*, la résidence exigée pour la couverture des personnes qui déménagent à l'intérieur du Canada est de trois mois ou le premier jour du troisième mois suivant l'établissement de la résidence dans une nouvelle province ou un territoire ou le premier jour du troisième mois lorsqu'une personne qui a été temporairement absente de sa province ou de son territoire d'origine décide d'établir sa résidence permanente au Nunavut.

4.2 Couverture durant les absences temporaires (au Canada)

Le paragraphe (2) de l'article 4 de la *Medical Care Act* stipule que les services médicaux sont assurés lorsqu'ils sont fournis à l'extérieur du Nunavut, mais au Canada. L'*Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act*, alinéas 5d) et 28(1)j) et o), donne au Ministère l'autorité de conclure des accords avec d'autres provinces ou territoires concernant la prestation de services de soins de santé aux résidents du Nunavut et d'établir les modalités de paiement. En 2003-2004, aucun changement n'a été apporté aux lois ni aux règlements portant sur la couverture à l'extérieur du Nunavut.

Les personnes qui étudient à l'extérieur du Nunavut doivent en aviser le Ministère et fournir une preuve d'inscription pour s'assurer une couverture continue. Les demandes de prolongation doivent être renouvelées chaque année et approuvées par le directeur. Les absences temporaires d'au plus un an pour le travail, des vacances ou d'autres raisons sont approuvées par le directeur, moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré. Le directeur peut approuver des absences qui excèdent douze mois consécutifs, moyennant la présentation d'une demande écrite de l'assuré.

Les dispositions relatives à la couverture durant les absences temporaires au Canada sont parfaitement conformes aux modalités de *l'Entente interprovinciale et territoriale en matière d'admissibilité et de transférabilité*, au 1er janvier 2001.

Le Nunavut participe à la facturation réciproque des médecins et des hôpitaux ; des accords ont été conclus à cet effet avec d'autres provinces et territoires (Ontario, Manitoba, Alberta et Territoires du Nord-Ouest).

Le paiement des services hospitaliers, assurés en vertu de l'Entente interprovinciale et territoriale, fournis à l'extérieur du territoire à des malades hospitalisés ou externes admissibles qui habitent au Nunavut est accordé en vertu des accords de facturation réciproque des hôpitaux. Les coûts élevés de certains actes médicaux, les frais pour les accouchements et les coûts des consultations externes sont déterminés par le comité de coordination sur la facturation réciproque. Un accord spécial a été conclu entre les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. Reposant sur une approche axée sur le financement global, cet accord permet au Stanton Hospital de Yellowknife de fournir des services aux résidents du Nunavut, à l'hôpital et par l'entremise de visites de spécialistes dans la région de Kitikmeot (Grand Nord).

Le paiement des services médicaux assurés fournis à l'extérieur du territoire aux résidents du

Nunavut admissibles est versé en vertu des accords de facturation réciproque des médecins. Le paiement est délivré à la province d'accueil aux taux établis par cette dernière.

En 2003-2004, les réclamations payées pour des services donnés dans des hôpitaux hors territoire s'élevaient à 18 755 064 $.

4.3 Couverture durant les absences temporaires (à l'étranger)

Le paragraphe (3) de l'article 4 de la *Medical Care Act* stipule que les services médicaux sont assurés lorsqu'ils sont fournis à l'extérieur du Canada. Les alinéas 28(1) de j) à o) de la *Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act* donnent au ministre l'autorité d'établir les modalités de paiement pour des services fournis aux résidents du Nunavut à l'extérieur du Canada. Les personnes ont droit à une couverture durant une période maximale d'un an lorsqu'elles s'absentent temporairement du pays, peu importe la raison, mais doivent toutefois présenter un avis écrit au préalable. Lorsque les résidents sont renvoyés à l'extérieur du pays pour recevoir des services (actes hautement spécialisés qui ne peuvent être fournis ni au Nunavut ni ailleurs au Canada), le territoire assume la totalité des frais. Concernant les services non urgents ou qui n'ont pas fait l'objet d'un renvoi, le paiement des frais hospitaliers s'établit à 1 396 $ par jour et à 110 $ par consultation externe. Aucun changement n'a été apporté à ces taux en 2003-2004.

En 2003-2004, le Nunavut a versé une somme totale de 6 700 $ pour les services de soins de santé d'urgence à l'interne et à l'externe aux résidents admissibles temporairement absents du pays.

Les services médicaux assurés fournis à des résidents admissibles temporairement absents du pays sont payés à des taux équivalant à ceux qui sont payés pour les mêmes services dans le territoire. Le remboursement est effectué à l'assuré ou directement au fournisseur du service assuré.

4.4 Nécessité d'une approbation préalable

Il est nécessaire d'obtenir une approbation préalable pour la prestation de services facultatifs dans des établissements privés canadiens ou dans tout établissement situé à l'extérieur du pays.

5.0 Accessibilité

5.1 Accès aux services de soins de santé assurés

L'article 14 de la *Medical Care Act* interdit la surfacturation, sauf si le médecin a pris une décision à cet effet qui soit encore valide. L'accès aux services assurés repose sur des modalités uniformes. Pour régler les problèmes posés par la distance et les frais de déplacement, le gouvernement du Nunavut fournit une aide au déplacement pour des raisons médicales. Des services d'interprétation sont également offerts aux patients en milieu médical.

5.2 Accès aux services hospitaliers assurés

Le Baffin Regional Hospital, situé à Iqaluit, est le seul établissement de soins actifs au Nunavut. Il dispose de 25 lits pour les services de soins actifs, de réadaptation, de soins palliatifs et de soins aux malades chroniques. Son personnel compte 87 personnes, y compris 10 médecins et 34 infirmières. L'établissement fournit des services aux malades hospitalisés et externes de même que des services d'urgence 24 heures sur 24. Les médecins locaux fournissent des services d'urgence en rotation. Les services médicaux offerts comprennent les soins ambulatoires, les consultations externes, les services de soins intensifs, le traitement des problèmes respiratoires et cardiovasculaires, les services d'obstétrique, les soins palliatifs, de même que le traitement des saignements gastro-intestinaux et de l'hypertension. Les services chirurgicaux sont offerts dans les domaines suivants : soins

orthopédiques mineurs, gynécologie, pédiatrie, chirurgie abdominale générale, traumatismes (urgence) et oto-rhino-laryngologie. Les patients qui ont besoin de chirurgies spécialisées sont renvoyés dans des centres à l'extérieur du territoire. Les services de diagnostic comprennent les services de radiologie, de laboratoire et d'électrocardiogramme. Les services de réadaptation sont limités à Iqaluit.

Le Nunavut a conclu des accords spéciaux avec des établissements d'Ottawa, de Toronto, de Churchill, de Winnipeg, d'Edmonton et de Yellowknife concernant la prestation de services assurés aux malades qui sont renvoyés dans ces villes.

Outre le Baffin Regional Hospital, des services de consultation externe et d'urgence 24 heures sur 24 sont offerts par tous les 25 centres de santé situés dans les communautés.

Même si la dotation en infirmières et autres professionnels de la santé n'a pas atteint les niveaux désirés, tous les services de base ont été fournis en 2003-2004. Le Nunavut cherche à accroître les ressources dans tous les secteurs.

L'utilisation des services de télésanté représente une étape importante de l'amélioration de l'accès aux services hospitaliers, médicaux, sanitaires et sociaux au Nunavut. Jusqu'à maintenant, 15 communautés ont recours à la télésanté, et sept communautés supplémentaires s'y joindront en 2004-2005. L'objectif à long terme consiste à intégrer la télésanté au système de prestation de soins primaires, afin de faciliter l'accès à une gamme plus vaste d'options de services pour les résidents et de permettre aux fournisseurs de services de soins de santé et aux communautés d'utiliser les ressources en place plus efficacement.

5.3 Accès aux services médicaux et de chirurgie dentaire assurés

En plus de l'aide aux déplacements pour des raisons médicales et les initiatives en télésanté, le Nunavut a conclu des accords avec un certain nombre de régions ou d'établissements sanitaires, afin de fournir des services médicaux et des services de spécialistes et d'autres professionnels de la santé en visite. Lorsque l'équipement et les services ne sont pas disponibles au Nunavut, les malades sont renvoyés dans des établissements à l'extérieur du territoire. Le réseau de la télésanté, qui compte 15 communautés, permet la prestation des nombreux services de soins de santé suivants : services de consultation spécialisés, comme la dermatologie, la psychiatrie et la médecine interne; services de réadaptation; séances d'orientation fréquentes; visites familiales; enseignement médical continu. En 2003-2004, le Nunavut comptait 139 médecins diplômés.

Les services spécialisés suivants sont fournis dans le cadre du programme de visites de spécialistes : ophtalmologie, orthopédie, médecine interne, oto-rhino-laryngologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, pédiatrie, obstétrie, physiothérapie, ergothérapie, psychiatrie et chirurgie dentaire. Des cliniques de spécialistes en visite sont ouvertes en fonction de la demande et de la disponibilité des spécialistes.

5.4 Rémunération des médecins

Il y a un médecin rémunéré à l'acte résidant au Nunavut. Étant donné que les médecins rémunérés à l'acte assument les dépenses d'un cabinet situé dans une communauté isolée, ils reçoivent 20 pour cent de plus que les montants indiqués en annexe de la *Medical Care Act* (article 4). Les frais font l'objet de négociations entre le médecin et le ministère de la Santé et des Services sociaux, et sont établis en fonction des normes des Territoires du Nord-Ouest. Les autres médecins travaillent sous contrat en fonction d'un taux quotidien de leurs marchés ou sont salariés. Les spécialistes en visite sont payés à un taux quotidien, selon les modalités de leurs contrats.

5.5 Paiements aux hôpitaux

Le financement du Baffin Regional Hospital et des 25 centres de santé communautaires s'inscrit dans le budget du Ministère, au titre des activités régionales. Aucun paiement n'est versé

directement aux hôpitaux ni aux centres de santé communautaires.

6.0 Reconnaissance accordée aux transferts fédéraux

La reconnaissance sera accordée cette année lors de la présentation des rapports annuels de 2002-2003 et de 2003-2004 au ministre.

7.0 Services complémentaires de soins de santé

Le programme de soins à domicile aide les résidents du Nunavut qui ne sont pas pleinement en mesure de prendre soin d'eux-mêmes à la maison. Un service de visites communautaires favorise l'autonomie et soutient l'engagement des membres de la famille et de la communauté, de façon à permettre aux personnes de demeurer à leur domicile en toute sécurité. Les services comprennent l'aide à l'entretien ménager de base, la préparation des repas et l'aide à la vie quotidienne.

Des soins intermédiaires sont offerts à la St. Theresa's Home à Chesterfield Inlet. L'établissement fournit des soins 24 heures sur 24 et est doté d'un personnel professionnel et paraprofessionnel complet. Il fournit des services de soins infirmiers entre 7 h et 19 h. Après ces heures, seuls les services de soins personnels sont donnés. Les consultations médicales offertes après les heures de travail le sont par le centre de santé communautaire.

Les services de soins infirmiers à domicile sont offerts dans les foyers pour personnes âgées d'Iqaluit et d'Arviat. Ces établissements fournissent le niveau le plus élevé de soins de longue durée au Nunavut, des services de soins complémentaires aux malades chroniques aux services de soins actifs (niveaux 4 et 5). Les malades nécessitant des soins actifs sont transférés à l'hôpital le plus proche.

Personnes inscrites	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
1. Nombre total de personnes inscrites au 31 mars (#)	non disponible	26 829	28 630	29 478	31 660

Services hospitaliers assurés dans la province ou le territoire					
Établissements publics	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
2. Quantité (#) :					
a. soins actifs	1	1	1	1	1
b. soins chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	25 [1]	25 [1]	25 [1]	25 [1]	25 [1]
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
3. Paiements ($) :					
a. soins de courte durée	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. soins chroniques	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. soins de réadaptation	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
Établissements privés à but lucratif	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
4. Quantité (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
5. Nombre de services hospitaliers assurés qui sont fournis (#) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0
6. Paiements totaux destinés aux ($) :					
a. installations chirurgicales	0	0	0	0	0
b. établissements d'imagerie diagnostique	0	0	0	0	0
c. total	0	0	0	0	0

1. Centres de santé.

Services médicaux assurés rendus dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
7. Nombre de médecins participants (#) :					
a. omnipraticiens	85	59	81	106	75
b. spécialistes	79	55	67	80	64
c. autres	0	0	0	0	0
d. total	164	114	148	186	139
8. Nombre de médecins qui ont opté pour le retrait du régime d'assurance-maladie (#) :					
a. omnipraticiens	non disponible	0	0	0	0
b. spécialistes	non disponible	0	0	0	0
c. autres	non disponible	0	0	0	0
d. total	non disponible	0	0	0	0
9. Nombre de médecins qui ne participent pas :					
a. omnipraticiens	non disponible	0	0	0	0
b. spécialistes	non disponible	0	0	0	0
c. autres	non disponible	0	0	0	0
d. total	non disponible	0	0	0	0
10. Nombre de services offerts grâce au paiement à l'acte (#) :					
a. omnipraticiens	non disponible	61 074	39 035	44 876	43 142
b. spécialistes	non disponible	29 485	19 733	20 656	17 419
c. autres	non disponible	0	0	0	0
d. total	non disponible	90 559	58 768	65 532	60 561
11. Versements totaux pour les médecins grâce au paiement à l'acte ($) :					
a. omnipraticiens	2 323 234	2 494 221	1 943 399	2 137 218	2 023 584
b. spécialistes	1 146 522	1 229 811	1 042 366	1 199 648	1 524 873
c. autres		0	0	0	0
d. total	3 469 756	3 724 032	2 985 765	3 336 866	3 548 457
12. Paiement moyen par frais de service ($) :					
a. omnipraticiens	non disponible	40.83	49.79	47.62	48.16
b. spécialistes	non disponible	41.00	52.82	58.08	62.13
c. autres	non disponible	0.00	0.00	0.00	0.00
d. tous les services	non disponible	40.92	50.81	50.92	53.31
13. Quantité de services fournis grâce à toutes les méthodes de paiement (#) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
14. Paiements totals effectués aux médecins grâce à toutes les méthodes de paiement ($) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. total	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
15. Paiement moyen par service, toutes les méthodes de paiement ($) :					
a. médicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
b. chirurgicaux	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
c. diagnostics	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
d. autres	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
e. tous les services	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Services assurés offerts aux résidents dans une autre province ou un autre territoire

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
16. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	1 842	1 549	1 782	2 524	2 526
17. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	9 656	8 682	9 155	10 677	12 112
18. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	8 546 013	7 612 791	7 681 154	18 640 982	17 202 646
19. Paiements totaux, consultations externes ($)	1 470 018	1 352 594	1 525 710	1 740 038	1 552 418
20. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	4 639.00	4 915.00	4 310.41	7 385.49	6 981.59
21. Paiement moyen, consultations externes ($)	152.00	156.00	166.65	162.00	138.47
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
22. Quantité de services (#)	non disponible	55 389	39 438	43 064	51 050
23. Paiements totaux ($)	non disponible	3 232 940	2 335 998	2 674 445	2 955 996
24. Paiement moyen par service ($)	non disponible	58.00	59.23	62.10	58.61

Services assurés offerts à l'extérieur du Canada

Hôpitaux	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
25. Nombre total de demandes, malades hospitalisés (#)	14	0	0	0	2
26. Nombre total de demandes, consultations externes (#)	5	1	53	3	2
27. Paiements totaux, malades hospitalisés ($)	12 010	0	0	0	6 300
28. Paiements totaux, consultations externes ($)	1 130	110	128 398	982	400
29. Paiement moyen, malades hospitalisés ($)	857.00	0.00	0.00	0.00	3 150.00
30. Paiement moyen, consultations externes ($)	226.00	110.00	2 422.60	327.28	200.00
Médecins	**1999-2000**	**2000-2001**	**2001-2002**	**2002-2003**	**2003-2004**
31. Quantité de services (#)	0	0	12	1	19
32. Paiements totaux ($)	0	0	14 835	8	1 519
33. Paiement moyen par service ($)	0.00	0.00	1 236.25	7.61	151.91

Services chirurgicaux et dentaires assurés dans la province ou le territoire

	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
34. Nombre de dentistes participants (#)	27	21	non disponible	non disponible	non disponible
35. Nombre de services fournis (#)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
36. Paiements totaux ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible
37. Paiement moyen par service ($)	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible	non disponible

Annexe A – Loi canadienne sur la santé et Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

La présente annexe offre au lecteur une codification administrative de la *Loi canadienne sur la santé* et du *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs*. Une codification administrative est une interprétation de la loi initiale et comprend toute modification apportée depuis l'adoption de la loi.

Le *Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs* est le seul règlement prévu par la loi. En vertu de ce règlement, les provinces et les territoires doivent fournir une estimation des montants de la surfacturation et des frais modérateurs avant le début de chaque exercice financier afin que les pénalités appropriées puissent être perçues. Les provinces et les territoires doivent aussi présenter les états financiers indiquant les montants réels demandés afin de permettre le rapprochement avec les déductions réelles. Le règlement est également présenté sous forme de codification administrative.

Cette codification, qui n'a aucune valeur officielle, était à jour en juin 2001.

CANADA

OFFICE CONSOLIDATION

Canada Health Act

R.S., 1985, c. C-6

Extra-billing and User Charges Information Regulations

SOR/86-259

June, 2001

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

Loi canadienne sur la santé

L.R. (1985), ch. C-6

Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

DORS/86-259

Juin 2001

WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.

CANADA

OFFICE CONSOLIDATION

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

Canada Health Act

Loi canadienne sur la santé

R.S., 1985, c. C-6

L.R. (1985), ch. C-6

WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.

CHAPTER C-6

An Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services

Preamble

Whereas the Parliament of Canada recognizes:

—that it is not the intention of the Government of Canada that any of the powers, rights, privileges or authorities vested in Canada or the provinces under the provisions of the *Constitution Act, 1867*, or any amendments thereto, or otherwise, be by reason of this Act abrogated or derogated from or in any way impaired;

—that Canadians, through their system of insured health services, have made outstanding progress in treating sickness and alleviating the consequences of disease and disability among all income groups;

—that Canadians can achieve further improvements in their well-being through combining individual lifestyles that emphasize fitness, prevention of disease and health promotion with collective action against the social, environmental and occupational causes of disease, and that they desire a system of health services that will promote physical and mental health and protection against disease;

—that future improvements in health will require the cooperative partnership of governments, health professionals, voluntary organizations and individual Canadians;

—that continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians;

And whereas the Parliament of Canada wishes to encourage the development of health

CHAPITRE C-6

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé

Préambule

Considérant que le Parlement du Canada reconnaît :

que le gouvernement du Canada n'entend pas par la présente loi abroger les pouvoirs, droits, privilèges ou autorités dévolus au Canada ou aux provinces sous le régime de la *Loi constitutionnelle de 1867* et de ses modifications ou à tout autre titre, ni leur déroger ou porter atteinte,

que les Canadiens ont fait des progrès remarquables, grâce à leur système de services de santé assurés, dans le traitement des maladies et le soulagement des affections et déficiences parmi toutes les catégories socio-économiques,

que les Canadiens peuvent encore améliorer leur bien-être en joignant à un mode de vie individuel axé sur la condition physique, la prévention des maladies et la promotion de la santé, une action collective contre les causes sociales, environnementales ou industrielles des maladies et qu'ils désirent un système de services de santé qui favorise la santé physique et mentale et la protection contre les maladies,

que les améliorations futures dans le domaine de la santé nécessiteront la coopération des gouvernements, des professionnels de la santé, des organismes bénévoles et des citoyens canadiens,

que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens;

services throughout Canada by assisting the provinces in meeting the costs thereof;

Now, therefore, Her Majesty, by and with the advice and consent of the Senate and House of Commons of Canada, enacts as follows:

considérant en outre que le Parlement du Canada souhaite favoriser le développement des services de santé dans tout le pays en aidant les provinces à en supporter le coût,

Sa Majesté, sur l'avis et avec le consentement du Sénat et de la Chambre des communes du Canada, édicte :

SHORT TITLE

Short title

1. This Act may be cited as the *Canada Health Act*.

1984, c. 6, s. 1.

TITRE ABRÉGÉ

Titre abrégé

1. *Loi canadienne sur la santé*.

1984, ch. 6, art. 1.

INTERPRETATION

Definitions

2. In this Act,

"Act of 1977" [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

"cash contribution" means the cash contribution in respect of the Canada Health and Social Transfer that may be provided to a province under subsections 15(1) and (4) of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act*;

"cash contribution" « contribution pécuniaire »

"contribution" [Repealed, 1995, c. 17, s. 34]

"dentist" « dentiste »

"dentist" means a person lawfully entitled to practise dentistry in the place in which the practice is carried on by that person;

"extended health care services" « services complémentaires de santé »

"extended health care services" means the following services, as more particularly defined in the regulations, provided for residents of a province, namely,

(*a*) nursing home intermediate care service,

(*b*) adult residential care service,

(*c*) home care service, and

(*d*) ambulatory health care service;

"extra-billing" « surfacturation »

"extra-billing" means the billing for an insured health service rendered to an insured person by a medical practitioner or a dentist in an amount in addition to any amount paid or to be paid for that service by the health care insurance plan of a province;

"health care insurance plan" « régime d'assurance-santé »

"health care insurance plan" means, in relation to a province, a plan or plans established by the law of the province to provide for insured health services;

"health care practitioner" « professionnel de la santé »

"health care practitioner" means a person lawfully entitled under the law of a province to provide health services in the place in which the services are provided by that person;

"hospital" « hôpital »

"hospital" includes any facility or portion

DÉFINITIONS

Définitions

2. Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi.

« assuré » "insured person"

« assuré » Habitant d'une province, à l'exception :

a) des membres des Forces canadiennes;

b) des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade;

c) des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition;

d) des habitants de la province qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés.

« contribution » [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

« contribution pécuniaire » "cash contribution"

« contribution pécuniaire » La contribution au titre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux qui peut être versée à une province au titre des paragraphes 15(1) et (4) de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces.

« dentiste » "dentist"

« dentiste » Personne légalement autorisée à exercer la médecine dentaire au lieu où elle se livre à cet exercice.

« frais modérateurs » "user charge"

« frais modérateurs » Frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation.

thereof that provides hospital care, including acute, rehabilitative or chronic care, but does not include

(*a*) a hospital or institution primarily for the mentally disordered, or

(*b*) a facility or portion thereof that provides nursing home intermediate care service or adult residential care service, or comparable services for children;

"hospital services" means any of the following services provided to in-patients or out-patients at a hospital, if the services are medically necessary for the purpose of maintaining health, preventing disease or diagnosing or treating an injury, illness or disability, namely,

(*a*) accommodation and meals at the standard or public ward level and preferred accommodation if medically required,

(*b*) nursing service,

(*c*) laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations,

(*d*) drugs, biologicals and related preparations when administered in the hospital,

(*e*) use of operating room, case room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies,

(*f*) medical and surgical equipment and supplies,

(*g*) use of radiotherapy facilities,

(*h*) use of physiotherapy facilities, and

(*i*) services provided by persons who receive remuneration therefor from the hospital,

but does not include services that are excluded by the regulations;

"insured health services" means hospital services, physician services and surgical-dental services provided to insured persons, but does not include any health services that a person is entitled to and eligible for under any other Act of Parliament or under any Act of the legislature of a province that relates to workers' or workmen's compensation;

« habitant » Personne domiciliée et résidant habituellement dans une province et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme, de passage ou en visite dans la province.

« hôpital » Sont compris parmi les hôpitaux tout ou partie des établissements où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu'en matière de réadaptation, à l'exception :

a) des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux;

b) de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants.

« loi de 1977 » [Abrogée, 1995, ch. 17, art. 34]

« médecin » Personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.

« ministre » Le ministre de la Santé.

« professionnel de la santé » Personne légalement autorisée en vertu de la loi d'une province à fournir des services de santé au lieu où elle les fournit.

« régime d'assurance-santé » Le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province en vue de la prestation de services de santé assurés.

« services complémentaires de santé » Les services définis dans les règlements et offerts aux habitants d'une province, à savoir :

a) les soins intermédiaires en maison de repos;

b) les soins en établissement pour adultes;

c) les soins à domicile;

d) les soins ambulatoires.

« services de chirurgie dentaire » Actes de chirurgie dentaire nécessaires sur le plan médical ou dentaire, accomplis par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peuvent être accomplis convenablement qu'en un tel établissement.

"insured person" « *assuré* »

"insured person" means, in relation to a province, a resident of the province other than

(*a*) a member of the Canadian Forces,

(*b*) a member of the Royal Canadian Mounted Police who is appointed to a rank therein,

(*c*) a person serving a term of imprisonment in a penitentiary as defined in the *Penitentiary Act*, or

(*d*) a resident of the province who has not completed such minimum period of residence or waiting period, not exceeding three months, as may be required by the province for eligibility for or entitlement to insured health services;

"medical practitioner" « *médecin* »

"medical practitioner" means a person lawfully entitled to practise medicine in the place in which the practice is carried on by that person;

"Minister" « *ministre* »

"Minister" means the Minister of Health;

"physician services" « *services médicaux* »

"physician services" means any medically required services rendered by medical practitioners;

"resident" « *habitant* »

"resident" means, in relation to a province, a person lawfully entitled to be or to remain in Canada who makes his home and is ordinarily present in the province, but does not include a tourist, a transient or a visitor to the province;

"surgical-dental services" « *services de chirurgie dentaire* »

"surgical-dental services" means any medically or dentally required surgical-dental procedures performed by a dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures;

"user charge" « *frais modérateurs* »

"user charge" means any charge for an insured health service that is authorized or permitted by a provincial health care insurance plan that is not payable, directly or indirectly, by a provincial health care insurance plan, but does not include any charge imposed by extra-billing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 2; 1992, c. 20, s. 216(F); 1995, c. 17, s. 34; 1996, c. 8, s. 32; 1999, c. 26, s. 11.

« services de santé assurés » *"insured health services"*

« services de santé assurés » Services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail.

« services hospitaliers » *"hospital services"*

« services hospitaliers » Services fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir :

a) l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée;

b) les services infirmiers;

c) les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires;

d) les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital;

e) l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires;

f) le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux;

g) l'usage des installations de radiothérapie;

h) l'usage des installations de physiothérapie;

i) les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital.

Ne sont pas compris parmi les services hospitaliers les services exclus par les règlements.

« services médicaux » *"physician services"*

« services médicaux » Services médicalement nécessaires fournis par un médecin.

« surfacturation » *"extra-billing"*

« surfacturation » Facturation de la prestation à un assuré par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédent par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial d'assurance-santé.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 2; 1992, ch. 20, art. 216(F); 1995, ch. 17, art. 34; 1996, ch. 8, art. 32; 1999, ch. 26, art. 11.

CANADIAN HEALTH CARE POLICY

Primary objective of Canadian health care policy

3. It is hereby declared that the primary objective of Canadian health care policy is to protect, promote and restore the physical and mental well-being of residents of Canada and to facilitate reasonable access to health services without financial or other barriers.

1984, c. 6, s. 3.

POLITIQUE CANADIENNE DE LA SANTÉ

Objectif premier

3. La politique canadienne de la santé a pour premier objectif de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacles d'ordre financier ou autre.

1984, ch. 6, art. 3.

PURPOSE

Purpose of this Act

4. The purpose of this Act is to establish criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law that must be met before a full cash contribution may be made.

R.S., 1985, c. C-6, s. 4; 1995, c. 17, s. 35.

RAISON D'ÊTRE

Raison d'être de la présente loi

4. La présente loi a pour raison d'être d'établir les conditions d'octroi et de versement d'une pleine contribution pécuniaire pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 4; 1995, ch. 17, art. 35.

CASH CONTRIBUTION

Cash contribution

5. Subject to this Act, as part of the Canada Health and Social Transfer, a full cash contribution is payable by Canada to each province for each fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 5; 1995, c. 17, s. 36.

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE

Contribution pécuniaire

5. Sous réserve des autres dispositions de la présente loi, le Canada verse à chaque province, pour chaque exercice, une pleine contribution pécuniaire à titre d'élément du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (ci-après, Transfert).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 5; 1995, ch. 17, art. 36.

6. [Repealed, 1995, c. 17, s. 36]

6. [Abrogé, 1995, ch. 17, art. 36]

PROGRAM CRITERIA

Program criteria

7. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, the health care insurance plan of the province must, throughout the fiscal year, satisfy the criteria described in sections 8 to 12 respecting the following matters:

(*a*) public administration;

(*b*) comprehensiveness;

(*c*) universality;

(*d*) portability; and

(*e*) accessibility.

1984, c. 6, s. 7.

CONDITIONS D'OCTROI

Règle générale

7. Le versement à une province, pour un exercice, de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le régime d'assurance-santé de satisfaire, pendant tout cet exercice, aux conditions d'octroi énumérées aux articles 8 à 12 quant à :

a) la gestion publique;

b) l'intégralité;

c) l'universalité;

d) la transférabilité;

e) l'accessibilité.

1984, ch. 6, art. 7.

Public administration

8. (1) In order to satisfy the criterion respecting public administration,

(*a*) the health care insurance plan of a province must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority appointed or designated by the government of the province;

Gestion publique

8. (1) La condition de gestion publique suppose que :

a) le régime provincial d'assurance-santé soit géré sans but lucratif par une autorité publique nommée ou désignée par le gouvernement de la province;

b) l'autorité publique soit responsable devant le gouvernement provincial de cette gestion;

(*b*) the public authority must be responsible to the provincial government for that administration and operation; and

(*c*) the public authority must be subject to audit of its accounts and financial transactions by such authority as is charged by law with the audit of the accounts of the province.

Designation of agency permitted

(2) The criterion respecting public administration is not contravened by reason only that the public authority referred to in subsection (1) has the power to designate any agency

(*a*) to receive on its behalf any amounts payable under the provincial health care insurance plan; or

(*b*) to carry out on its behalf any responsibility in connection with the receipt or payment of accounts rendered for insured health services, if it is a condition of the designation that all those accounts are subject to assessment and approval by the public authority and that the public authority shall determine the amounts to be paid in respect thereof.

1984, c. 6, s. 8.

Comprehensiveness

9. In order to satisfy the criterion respecting comprehensiveness, the health care insurance plan of a province must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners or dentists, and where the law of the province so permits, similar or additional services rendered by other health care practitioners.

1984, c. 6, s. 9.

Universality

10. In order to satisfy the criterion respecting universality, the health care insurance plan of a province must entitle one hundred per cent of the insured persons of the province to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

1984, c. 6, s. 10.

Portability

11. (1) In order to satisfy the criterion respecting portability, the health care insurance plan of a province

(*a*) must not impose any minimum period of residence in the province, or waiting period, in excess of three months before residents of the province are eligible for or entitled to insured health services;

c) l'autorité publique soit assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières par l'autorité chargée par la loi de la vérification des comptes de la province.

Désignation d'un mandataire

(2) La condition de gestion publique n'est pas enfreinte du seul fait que l'autorité publique visée au paragraphe (1) a le pouvoir de désigner un mandataire chargé :

(*a*) soit de recevoir en son nom les montants payables au titre du régime provincial d'assurance-santé;

(*b*) soit d'exercer en son nom les attributions liées à la réception ou au règlement des comptes remis pour prestation de services de santé assurés si la désignation est assujettie à la vérification et à l'approbation par l'autorité publique des comptes ainsi remis et à la détermination par celle-ci des montants à payer à cet égard.

1984, ch. 6, art. 8.

Intégralité

9. La condition d'intégralité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes soient assurés, et lorsque la loi de la province le permet, les services semblables ou additionnels fournis par les autres professionnels de la santé.

1984, ch. 6, art. 9.

Universalité

10. La condition d'universalité suppose qu'au titre du régime provincial d'assurance-santé, cent pour cent des assurés de la province ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

1984, ch. 6, art. 10.

Transférabilité

11. (1) La condition de transférabilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

a) n'impose pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux habitants de la province pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés;

(*b*) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment of amounts for the cost of insured health services provided to insured persons while temporarily absent from the province on the basis that

(i) where the insured health services are provided in Canada, payment for health services is at the rate that is approved by the health care insurance plan of the province in which the services are provided, unless the provinces concerned agree to apportion the cost between them in a different manner, or

(ii) where the insured health services are provided out of Canada, payment is made on the basis of the amount that would have been paid by the province for similar services rendered in the province, with due regard, in the case of hospital services, to the size of the hospital, standards of service and other relevant factors; and

(*c*) must provide for and be administered and operated so as to provide for the payment, during any minimum period of residence, or any waiting period, imposed by the health care insurance plan of another province, of the cost of insured health services provided to persons who have ceased to be insured persons by reason of having become residents of that other province, on the same basis as though they had not ceased to be residents of the province.

b) prévoie et que ses modalités d'application assurent le paiement des montants pour le coût des services de santé assurés fournis à des assurés temporairement absents de la province :

(i) si ces services sont fournis au Canada, selon le taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province où ils sont fournis, sauf accord de répartition différente du coût entre les provinces concernées,

(ii) s'il sont fournis à l'étranger, selon le montant qu'aurait versé la province pour des services semblables fournis dans la province, compte tenu, s'il s'agit de services hospitaliers, de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services et des autres facteurs utiles;

c) prévoie et que ses modalités d'application assurent la prise en charge, pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par le régime d'assurance-santé d'une autre province, du coût des services de santé assurés fournis aux personnes qui ne sont plus assurées du fait qu'elles habitent cette province, dans les mêmes conditions que si elles habitaient encore leur province d'origine.

Requirement for consent for elective insured health services permitted

(2) The criterion respecting portability is not contravened by a requirement of a provincial health care insurance plan that the prior consent of the public authority that administers and operates the plan must be obtained for elective insured health services provided to a resident of the province while temporarily absent from the province if the services in question were available on a substantially similar basis in the province.

(2) La condition de transférabilité n'est pas enfreinte du fait qu'il faut, aux termes du régime d'assurance-santé d'une province, le consentement préalable de l'autorité publique qui le gère pour la prestation de services de santé assurés facultatifs à un habitant temporairement absent de la province, si ces services y sont offerts selon des modalités sensiblement comparables.

Consentement préalable à la prestation des services de santé assurés facultatifs

Definition of "elective insured health services"

(3) For the purpose of subsection (2), "elective insured health services" means insured health services other than services that are provided in an emergency or in any other circumstance in which medical care is required without delay.

(3) Pour l'application du paragraphe (2), « services de santé assurés facultatifs » s'entend des services de santé assurés, à l'exception de ceux qui sont fournis d'urgence ou dans d'autres circonstances où des soins médicaux sont requis sans délai.

Définition de « services de santé assurés facultatifs »

1984, c. 6, s. 11.

1984, ch. 6, art. 11.

Accessibility

12. (1) In order to satisfy the criterion respecting accessibility, the health care insurance plan of a province

12. (1) La condition d'accessibilité suppose que le régime provincial d'assurance-santé :

Accessibilité

(*a*) must provide for insured health services on uniform terms and conditions and on a basis that does not impede or preclude, either directly or indirectly whether by charges made to insured persons or otherwise, reasonable access to those services by insured persons;

(*b*) must provide for payment for insured health services in accordance with a tariff or system of payment authorized by the law of the province;

(*c*) must provide for reasonable compensation for all insured health services rendered by medical practitioners or dentists; and

(*d*) must provide for the payment of amounts to hospitals, including hospitals owned or operated by Canada, in respect of the cost of insured health services.

Reasonable compensation

(2) In respect of any province in which extra-billing is not permitted, paragraph (1)(c) shall be deemed to be complied with if the province has chosen to enter into, and has entered into, an agreement with the medical practitioners and dentists of the province that provides

(*a*) for negotiations relating to compensation for insured health services between the province and provincial organizations that represent practising medical practitioners or dentists in the province;

(*b*) for the settlement of disputes relating to compensation through, at the option of the appropriate provincial organizations referred to in paragraph (a), conciliation or binding arbitration by a panel that is equally representative of the provincial organizations and the province and that has an independent chairman; and

(*c*) that a decision of a panel referred to in paragraph (*b*) may not be altered except by an Act of the legislature of the province.

1984, c. 6, s. 12

a) offre les services de santé assurés selon des modalités uniformes et ne fasse pas obstacle, directement ou indirectement, et notamment par facturation aux assurés, à un accès satisfaisant par eux à ces services;

b) prévoie la prise en charge des services de santé assurés selon un tarif ou autre mode de paiement autorisé par la loi de la province;

c) prévoie une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes;

d) prévoie le versement de montants aux hôpitaux, y compris les hôpitaux que possède ou gère le Canada, à l'égard du coût des services de santé assurés.

Rémunération raisonnable

(2) Pour toute province où la surfacturation n'est pas permise, il est réputé être satisfait à l'alinéa (1)c) si la province a choisi de conclure un accord et a effectivement conclu un accord avec ses médecins et dentistes prévoyant :

a) la tenue de négociations sur la rémunération des services de santé assurés entre la province et les organisations provinciales représentant les médecins ou dentistes qui exercent dans la province;

b) le règlement des différends concernant la rémunération par, au choix des organisations provinciales compétentes visées à l'alinéa a), soit la conciliation soit l'arbitrage obligatoire par un groupe représentant également les organisations provinciales et la province et ayant un président indépendant;

c) l'impossibilité de modifier la décision du groupe visé à l'alinéa b), sauf par une loi de la province.

1984, ch. 6, art. 12.

Conditions

CONDITIONS FOR CASH CONTRIBUTION

13. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5, the government of the province

(*a*) shall, at the times and in the manner prescribed by the regulations, provide the Minister with such information, of a type prescribed by the regulations, as the Minister

CONTRIBUTION PÉCUNIAIRE ASSUJETTIE À DES CONDITIONS

Obligations de la province

13. Le versement à une province de la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 est assujetti à l'obligation pour le gouvernement de la province :

a) de communiquer au ministre, selon les modalités de temps et autres prévues par les règlements, les renseignements du genre

may reasonably require for the purposes of this Act; and

(*b*) shall give recognition to the Canada Health and Social Transfer in any public documents, or in any advertising or promotional material, relating to insured health services and extended health care services in the province.

R.S., 1985, c. C-6, s. 13; 1995, c. 17, s. 37.

prévu aux règlements, dont celui-ci peut normalement avoir besoin pour l'application de la présente loi;

b) de faire état du Transfert dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 13; 1995, ch. 17, art. 37.

DEFAULTS

Referral to Governor in Council

14. (1) Subject to subsection (3), where the Minister, after consultation in accordance with subsection (2) with the minister responsible for health care in a province, is of the opinion that

(*a*) the health care insurance plan of the province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12, or

(*b*) the province has failed to comply with any condition set out in section 13,

and the province has not given an undertaking satisfactory to the Minister to remedy the default within a period that the Minister considers reasonable, the Minister shall refer the matter to the Governor in Council.

Consultation process

(2) Before referring a matter to the Governor in Council under subsection (1) in respect of a province, the Minister shall

(*a*) send by registered mail to the minister responsible for health care in the province a notice of concern with respect to any problem foreseen;

(*b*) seek any additional information available from the province with respect to the problem through bilateral discussions, and make a report to the province within ninety days after sending the notice of concern; and

(*c*) if requested by the province, meet within a reasonable period of time to discuss the report.

When no consultation can be achieved

(3) The Minister may act without consultation under subsection (1) if the Minister is of the opinion that a sufficient time has expired after reasonable efforts to achieve consultation and that consultation will not be achieved.

1984, c. 6, s. 14.

Order reducing or withholding contribution

15. (1) Where, on the referral of a matter under section 14, the Governor in Council is of the opinion that the health care insurance plan

MANQUEMENTS

Renvoi au gouverneur en conseil

14. (1) Sous réserve du paragraphe (3), dans le cas où il estime, après avoir consulté conformément au paragraphe (2) son homologue chargé de la santé dans une province :

a) soit que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12;

b) soit que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13,

et que celle-ci ne s'est pas engagée de façon satisfaisante à remédier à la situation dans un délai suffisant, le ministre renvoie l'affaire au gouverneur en conseil.

Étapes de la consultation

(2) Avant de renvoyer une affaire au gouverneur en conseil conformément au paragraphe (1) relativement à une province, le ministre :

a) envoie par courrier recommandé à son homologue chargé de la santé dans la province un avis sur tout problème éventuel;

b) tente d'obtenir de la province, par discussions bilatérales, tout renseignement additionnel disponible sur le problème et fait rapport à la province dans les quatre-vingt-dix jours suivant l'envoi de l'avis;

c) si la province le lui demande, tient une réunion dans un délai acceptable afin de discuter du rapport.

Impossibilité de consultation

(3) Le ministre peut procéder au renvoi prévu au paragraphe (1) sans consultation préalable s'il conclut à l'impossibilité d'obtenir cette consultation malgré des efforts sérieux déployés à cette fin au cours d'un délai convenable.

1984, ch. 6, art. 14.

Décret de réduction ou de retenue

15. (1) Si l'affaire lui est renvoyée en vertu de l'article 14 et qu'il estime que le régime d'assurance-santé de la province ne satisfait pas

of a province does not or has ceased to satisfy any one of the criteria described in sections 8 to 12 or that a province has failed to comply with any condition set out in section 13, the Governor in Council may, by order,

(*a*) direct that any cash contribution to that province for a fiscal year be reduced, in respect of each default, by an amount that the Governor in Council considers to be appropriate, having regard to the gravity of the default; or

(*b*) where the Governor in Council considers it appropriate, direct that the whole of any cash contribution to that province for a fiscal year be withheld.

Amending orders

(2) The Governor in Council may, by order, repeal or amend any order made under subsection (1) where the Governor in Council is of the opinion that the repeal or amendment is warranted in the circumstances.

Notice of order

(3) A copy of each order made under this section together with a statement of any findings on which the order was based shall be sent forthwith by registered mail to the government of the province concerned and the Minister shall cause the order and statement to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the order is made.

Commencement of order

(4) An order made under subsection (1) shall not come into force earlier than thirty days after a copy of the order has been sent to the government of the province concerned under subsection (3).

R.S., 1985, c. C-6, s. 15; 1995, c. 17, s. 38.

Reimposition of reductions or withholdings

16. In the case of a continuing failure to satisfy any of the criteria described in sections 8 to 12 or to comply with any condition set out in section 13, any reduction or withholding under section 15 of a cash contribution to a province for a fiscal year shall be reimposed for each succeeding fiscal year as long as the Minister is satisfied, after consultation with the minister responsible for health care in the province, that the default is continuing.

R.S., 1985, c. C-6, s. 16; 1995, c. 17, s. 39.

When reduction or withholding imposed

17. Any reduction or withholding under section 15 or 16 of a cash contribution may be imposed in the fiscal year in which the default that gave rise to the reduction or withholding occurred or in the following fiscal year.

R.S., 1985, c. C-6, s. 17; 1995, c. 17, s. 39.

ou plus aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou que la province ne s'est pas conformée aux conditions visées à l'article 13, le gouverneur en conseil peut, par décret :

a) soit ordonner, pour chaque manquement, que la contribution pécuniaire d'un exercice à la province soit réduite du montant qu'il estime indiqué, compte tenu de la gravité du manquement;

b) soit, s'il l'estime indiqué, ordonner la retenue de la totalité de la contribution pécuniaire d'un exercice à la province.

Modification des décrets

(2) Le gouverneur en conseil peut, par décret, annuler ou modifier un décret pris en vertu du paragraphe (1) s'il l'estime justifié dans les circonstances.

Avis

(3) Le texte de chaque décret pris en vertu du présent article de même qu'un exposé des motifs sur lesquels il est fondé sont envoyés sans délai par courrier recommandé au gouvernement de la province concernée; le ministre fait déposer le texte du décret et celui de l'exposé devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant la prise du décret.

Entrée en vigueur du décret

(4) Un décret pris en vertu du paragraphe (1) ne peut entrer en vigueur que trente jours après l'envoi au gouvernement de la province concernée du texte du décret aux termes du paragraphe (3).

L.R. (1985), ch. C-6, art. 15; 1995, ch. 17, art. 38.

Nouvelle application des réductions ou retenues

16. En cas de manquement continu aux conditions visées aux articles 8 à 12 ou à l'article 13, les réductions ou retenues de la contribution pécuniaire à une province déjà appliquées pour un exercice en vertu de l'article 15 lui sont appliquées de nouveau pour chaque exercice ultérieur où le ministre estime, après consultation de son homologue chargé de la santé dans la province, que le manquement se continue.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 16; 1995, ch. 17, art. 39.

Application aux exercices ultérieurs

17. Toute réduction ou retenue d'une contribution pécuniaire visée aux articles 15 ou 16 peut être appliquée pour l'exercice où le manquement a son origine a eu lieu ou pour l'exercice suivant.

L.R. (1985), ch. C-6, art. 17; 1995, ch. 17, art. 39.

EXTRA-BILLING AND USER CHARGES

Extra-billing

18. In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, no payments may be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province in respect of insured health services that have been subject to extra-billing by medical practitioners or dentists.

1984, c. 6, s. 18.

User charges

19. (1) In order that a province may qualify for a full cash contribution referred to in section 5 for a fiscal year, user charges must not be permitted by the province for that fiscal year under the health care insurance plan of the province.

Limitation

(2) Subsection (1) does not apply in respect of user charges for accommodation or meals provided to an in-patient who, in the opinion of the attending physician, requires chronic care and is more or less permanently resident in a hospital or other institution.

1984, c. 6, s. 19.

Deduction for extra-billing

20. (1) Where a province fails to comply with the condition set out in section 18, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged through extra-billing by medical practitioners or dentists in the province in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Deduction for user charges

(2) Where a province fails to comply with the condition set out in section 19, there shall be deducted from the cash contribution to the province for a fiscal year an amount that the Minister, on the basis of information provided in accordance with the regulations, determines to have been charged in the province in respect of user charges to which section 19 applies in that fiscal year or, where information is not provided in accordance with the regulations, an amount that the Minister estimates to have been so charged.

Consultation with province

(3) The Minister shall not estimate an amount under subsection (1) or (2) without first undertaking to consult the minister responsible for health care in the province concerned.

SURFACTURATION ET FRAIS MODÉRATEURS

Surfacturation

18. Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas pour cet exercice le versement de montants à l'égard des services de santé assurés qui ont fait l'objet de surfacturation par les médecins ou les dentistes.

1984, ch. 6, art. 18.

Frais modérateurs

19. (1) Une province n'a droit, pour un exercice, à la pleine contribution pécuniaire visée à l'article 5 que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pour cet exercice l'imposition d'aucuns frais modérateurs.

Réserve

(2) Le paragraphe (1) ne s'applique pas aux frais modérateurs imposés pour l'hébergement ou les repas fournis à une personne hospitalisée qui, de l'avis du médecin traitant, souffre d'une maladie chronique et séjourne de façon plus ou moins permanente à l'hôpital ou dans une autre institution.

1984, ch. 6, art. 19.

Déduction en cas de surfacturation

20. (1) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 18, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total de la surfacturation effectuée par les médecins ou les dentistes dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Déduction en cas de frais modérateurs

(2) Dans le cas où une province ne se conforme pas à la condition visée à l'article 19, il est déduit de la contribution pécuniaire à cette dernière pour un exercice un montant, déterminé par le ministre d'après les renseignements fournis conformément aux règlements, égal au total des frais modérateurs assujettis à l'article 19 imposés dans la province pendant l'exercice ou, si les renseignements n'ont pas été fournis conformément aux règlements, un montant estimé par le ministre égal à ce total.

Consultation de la province

(3) Avant d'estimer un montant visé au paragraphe (1) ou (2), le ministre se charge de consulter son homologue responsable de la santé dans la province concernée.

Separate accounting in Public Accounts

(4) Any amount deducted under subsection (1) or (2) from a cash contribution in any of the three consecutive fiscal years the first of which commences on April 1, 1984 shall be accounted for separately in respect of each province in the Public Accounts for each of those fiscal years in and after which the amount is deducted.

Refund to province

(5) Where, in any of the three fiscal years referred to in subsection (4), extra-billing or user charges have, in the opinion of the Minister, been eliminated in a province, the total amount deducted in respect of extra-billing or user charges, as the case may be, shall be paid to the province.

Saving

(6) Nothing in this section restricts the power of the Governor in Council to make any order under section 15.

1984, c. 6, s. 20.

When deduction made

21. Any deduction from a cash contribution under section 20 may be made in the fiscal year in which the matter that gave rise to the deduction occurred or in the following two fiscal years.

1984, c. 6, s. 21.

REGULATIONS

Regulations

22. (1) Subject to this section, the Governor in Council may make regulations for the administration of this Act and for carrying its purposes and provisions into effect, including, without restricting the generality of the foregoing, regulations

(*a*) defining the services referred to in paragraphs (*a*) to (*d*) of the definition "extended health care services" in section 2;

(*b*) prescribing the services excluded from hospital services;

(*c*) prescribing the types of information that the Minister may require under paragraph 13(a) and the times at which and the manner in which that information shall be provided; and

(*d*) prescribing the manner in which recognition to the Canada Health and Social Transfer is required to be given under paragraph 13(b).

Agreement of provinces

(2) Subject to subsection (3), no regulation may be made under paragraph (1)(a) or (b) except with the agreement of each of the provinces.

Comptabilisation

(4) Les montants déduits d'une contribution pécuniaire en vertu des paragraphes (1) ou (2) pendant les trois exercices consécutifs dont le premier commence le 1er avril 1984 sont comptabilisés séparément pour chaque province dans les comptes publics pour chacun de ces exercices pendant et après lequel le montant a été déduit.

Remboursement à la province

(5) Si, de l'avis du ministre, la surfacturation ou les frais modérateurs ont été supprimés dans une province pendant l'un des trois exercices visés au paragraphe (4), il est versé à cette dernière le montant total déduit à l'égard de la surfacturation ou des frais modérateurs, selon le cas.

Réserve

(6) Le présent article n'a pas pour effet de limiter le pouvoir du gouverneur en conseil de prendre le décret prévu à l'article 15.

1984, ch. 6, art. 20.

Application aux exercices ultérieurs

21. Toute déduction d'une contribution pécuniaire visée à l'article 20 peut être appliquée pour l'exercice où le fait à son origine a eu lieu ou pour les deux exercices suivants.

1984, ch. 6, art. 21.

RÈGLEMENTS

Règlements

22. (1) Sous réserve des autres dispositions du présent article, le gouverneur en conseil peut, par règlement, prendre toute mesure d'application de la présente loi et, notamment :

a) définir les services visés aux alinéas *a*) à *d*) de la définition de «services complémentaires de santé» à l'article 2;

b) déterminer les services exclus des services hospitaliers;

c) déterminer les genres de renseignements dont peut avoir besoin le ministre en vertu de l'alinéa 13a) et fixer les modalités de temps et autres de leur communication;

d) prévoir la façon dont il doit être fait état du Transfert en vertu de l'alinéa 13b).

Consentement des provinces

(2) Sous réserve du paragraphe (3), il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)a) ou b) qu'avec l'accord de chaque province.

Exception

(3) Subsection (2) does not apply in respect of regulations made under paragraph (1)(a) if they are substantially the same as regulations made under the Federal-Provincial Fiscal Arrangements Act, as it read immediately before April 1, 1984.

Consultation with provinces

(4) No regulation may be made under paragraph (1)(c) or (d) unless the Minister has first consulted with the ministers responsible for health care in the provinces.

R.S., 1985, c. C-6, s. 22; 1995, c. 17, s. 40.

REPORT TO PARLIAMENT

Annual report by Minister

23. The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed.

1984, c. 6, s. 23.

(3) Le paragraphe (2) ne s'applique pas aux règlements pris en vertu de l'alinéa (1)a) s'ils sont sensiblement comparables aux règlements pris en vertu de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, dans sa version précédant immédiatement le 1er avril 1984. Exception

(4) Il ne peut être pris de règlements en vertu des alinéas (1)c) ou d) que si le ministre a au préalable consulté ses homologues chargés de la santé dans les provinces. Consultation des provinces

L.R. (1985), ch. C-6, art. 22; 1995, ch. 17, art. 40.

RAPPORT AU PARLEMENT

23. Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celle-ci suivant son achèvement. Rapport annuel du ministre

1984, ch. 6, art. 23.

OFFICE CONSOLIDATION

CODIFICATION ADMINISTRATIVE

Extra-billing and User Charges Information Regulations

Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs

SOR/86-259

DORS/86-259

WARNING NOTE

Users of this office consolidation are reminded that it is prepared for convenience of reference only and that, as such, it has no official sanction.

AVERTISSEMENT

La présente codification administrative n'est préparée que pour la commodité du lecteur et n'a aucune valeur officielle.

REGULATIONS PRESCRIBING THE TYPES OF INFORMATION THAT THE MINISTER OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE MAY REQUIRE UNDER PARAGRAPH 13(a) OF THE CANADA HEALTH ACT IN RESPECT OF EXTRA-BILLING AND USER CHARGES AND THE TIMES AT WHICH AND THE MANNER IN WHICH SUCH INFORMATION SHALL BE PROVIDED BY THE GOVERNMENT OF EACH PROVINCE

SHORT TITLE

1. These Regulations may be cited as the Extra-billing and User Charges Information Regulations.

INTERPRETATION

2. In these Regulations,

"Act" means the *Canada Health Act*; (*Loi*)

"Minister" means the Minister of National Health and Welfare; (*ministre*)

"fiscal year" means the period beginning on April 1 in one year and ending on March 31 in the following year. (*exercice*)

TYPES OF INFORMATION

3. For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to extra-billing in the province in a fiscal year:

(*a*) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(*b*) a financial statement showing the aggregate amount actually charged through extra-billing, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

4. For the purposes of paragraph 13(a) of the Act, the Minister may require the government of a province to provide the Minister with information of the following types with respect to user charges in the province in a fiscal year:

(*a*) an estimate of the aggregate amount that, at the time the estimate is made, is expected to be charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the estimate; and

(*b*) a financial statement showing the aggregate amount actually charged in respect of user charges to which section 19 of the Act applies, including an explanation regarding the method of determination of the aggregate amount.

RÈGLEMENT DÉTERMINANT LES GENRES DE RENSEIGNEMENTS DONT PEUT AVOIR BESOIN LE MINISTRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL EN VERTU DE L'ALINÉA 13a) DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ QUANT À LA SURFACTURATION ET AUX FRAIS MODÉRATEURS ET FIXANT LES MODALITÉS DE TEMPS ET LES AUTRES MODALITÉS DE LEUR COMMUNICATION PAR LE GOUVERNEMENT DE CHAQUE PROVINCE

TITRE ABRÉGÉ

1. Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs.

DÉFINITIONS

2. Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.

« exercice » La période commençant le 1er avril d'une année et se terminant le 31 mars de l'année suivante. (*fiscal year*)

« Loi » *La Loi canadienne sur la santé*. (*Act*)

« ministre » Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. (*Minister*)

GENRE DE RENSEIGNEMENTS

3. Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants de la surfacturation pratiquée dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total de la surfacturation, à la date de l'estimation, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total de la surfacturation effectivement imposée, accompagné d'une explication de la façon dont cet état a été établi.

4. Pour l'application de l'alinéa 13a) de la Loi, le ministre peut exiger que le gouvernement d'une province lui fournisse les renseignements suivants sur les montants des frais modérateurs imposés dans la province au cours d'un exercice :

a) une estimation du montant total, à la date de l'estimation, des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi, accompagnée d'une explication de la façon dont cette estimation a été obtenue;

b) un état financier indiquant le montant total des frais modérateurs visés à l'article 19 de la Loi effectivement imposés dans la province, accompagné d'une explication de la façon dont le bilan a été établi.

TIMES AND MANNER OF FILING INFORMATION

5. (1) The government of a province shall provide the Minister with such information, of the types prescribed by sections 3 and 4, as the Minister may reasonably require, at the following times:

(*a*) in respect of the estimates referred to in paragraphs 3(*a*) and 4(*a*), before April 1 of the fiscal year to which they relate; and

(*b*) in respect of the financial statements referred to in paragraphs 3(*b*) and 4(*b*), before the sixteenth day of the twenty-first month following the end of the fiscal year to which they relate.

(2) The government of a province may, at its discretion, provide the Minister with adjustments to the estimates referred to in paragraphs 3(*a*) and 4(*a*) before February 16 of the fiscal year to which they relate.

(3) The information referred to in subsections (1) and (2) shall be transmitted to the Minister by the most practical means of communication.

COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS

5. (1) Le gouvernement d'une province doit communiquer au ministre les renseignements visés aux articles 3 et 4, dont le ministre peut normalement avoir besoin, selon l'échéancier suivant :

a) pour les estimations visées aux alinéas 3*a*) et 4*a*), avant le 1er avril de l'exercice visé par ces estimations;

b) pour les états financiers visés aux alinéas 3*b*) et 4*b*), avant le seizième jour du vingt et unième mois qui suit la fin de l'exercice visé par ces états.

(2) Le gouvernement d'une province peut, à sa discrétion, fournir au ministre des ajustements aux estimations prévues aux alinéas 3a) et 4a), avant le 16 février de l'année financière visée par ces estimations.

(3) Les renseignements visés aux paragraphes (1) et (2) doivent être expédiés au ministre par le moyen de communication le plus pratique.

Annexe B – Énoncés de politiques liées à la Loi canadienne sur la santé

Il existe deux énoncés de politiques qui précisent la position du gouvernement fédéral concernant la *Loi canadienne sur la santé*. Ces énoncés ont été présentés sous forme de lettres ministérielles par d'anciens ministres fédéraux de la Santé à leurs homologues provinciaux et territoriaux.

Lettre « Epp »

En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* au Parlement, le ministre fédéral de la Santé d'alors, Jake Epp, écrivait à ses homologues provinciaux et territoriaux afin de leur exposer et de confirmer la position fédérale sur l'interprétation et la mise en oeuvre de la *Loi canadienne sur la santé*.

La lettre du ministre Epp faisait suite à plusieurs mois de consultations avec les provinces et les territoires. La lettre présente les énoncés de politique générale fédérale qui clarifient les critères, les conditions et les dispositions réglementaires de la LCS. Ces éclaircissements ont été utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la loi. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la loi.

Politique fédérale sur les cliniques privées

Entre février et décembre 1994 a eu lieu une série de sept réunions fédérales-provinciales-territoriales portant uniquement ou en partie sur les établissements privés. Il était question de la multiplication des cliniques privées offrant des services médicalement nécessaires financés en partie par le système public et en partie par les patients, et de leurs conséquences sur le système canadien de soins de santé universel et financé par l'État.

Lors de la réunion fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé, tenue à Halifax en septembre 1994, tous les ministres présents, à l'exception de celui de l'Alberta, ont convenu de « prendre les mesures qui s'imposaient pour réglementer le développement des cliniques privées au Canada ».

Le 6 janvier 1995, la ministre de la Santé, Diane Marleau, a écrit aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé pour annoncer la nouvelle politique fédérale sur les cliniques privées. La lettre de la ministre présentait l'interprétation fédérale de la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui concerne l'imposition directe de frais d'établissement aux patients qui reçoivent des services médicaux nécessaires dans une clinique privée. La lettre stipulait aussi que la définition d'« hôpital » de la *Loi canadienne sur la santé* comprend tout établissement public qui offre des soins actifs, de longue durée et de réadaptation. Ainsi, lorsqu'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé paye les honoraires d'un médecin pour un service médicalement nécessaire offert dans une clinique privée, il doit également payer les frais d'établissement ou s'attendre à ce qu'une retenue soit faite sur les paiements de transfert du gouvernement fédéral.

[Voici le texte de la lettre envoyée le 15 juillet 1985 au ministre des Affaires sociales du Québec par l'honorable Jake Epp, ministre de la Santé et du Bien-être social. (Nota : le ministre Epp a envoyé une lettre identique en anglais aux autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé le 18 juin 1985.)]

Le 15 juillet 1985

OTTAWA, K1A 0K9

Monsieur le Ministre,

Maintenant que j'ai terminé ma ronde de consultations bilatérales au cours des derniers mois avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé, de même que lors de la rencontre de Winnipeg les 16 et 17 mai, j'aimerais confirmer mes intentions relativement à l'interprétation et à la mise en oeuvre de la *Loi canadienne sur la santé*. J'apprécierais plus particulièrement que vous me fassiez connaître par écrit vos vues au sujet des projets de règlements ci-joints afin que je puisse prendre les mesures nécessaires pour assurer leur promulgation dès que possible. Aussi, je vous écrirai plus longuement concernant les informations dont j'aurai besoin pour préparer le rapport annuel que je dois soumettre au Parlement.

Tel que souligné lors de notre réunion à Winnipeg, j'entends respecter la compétence des provinces pour tout ce qui touche à la santé et à la prestation des services de santé. Je sais, par conviction et par expérience, qu'on peut accomplir davantage dans l'harmonie et la collaboration que dans la discorde et l'affrontement.

En ce qui a trait à la *Loi canadienne sur la santé*, la conclusion qui s'impose à moi, à la suite de nos entretiens, c'est que nous sommes tous au même titre les dépositaires de la confiance du public et que nous nous sommes tous promis de conserver un système d'assurance-santé universel, complet, accessible et transférable, géré par un organisme public à l'avantage de tous les habitants du Canada, et que nous allons l'améliorer si c'est possible.

Nos échanges ont renforcé la conviction que j'avais déjà, à savoir que vous avez besoin de suffisamment de latitude et de souplesse administrative pour faire fonctionner vos régimes d'assurance-santé. Vous connaissez bien mieux que moi les besoins et les priorités des habitants de vos provinces par rapport aux facteurs géographiques et économiques. Il est essentiel, par ailleurs, que les provinces assument la responsabilité qui leur incombe en premier d'assurer les services de santé.

J'ai eu en même temps le sentiment que les provinces désirent que le gouvernement fédéral continue de jouer un rôle concret, tant sur le plan monétaire qu'autrement, afin de les aider dans leurs efforts pour tenter de réaliser les objectifs fondamentaux du système de soins: protéger, favoriser et restaurer le bien-être physique et mental des Canadiens. En tant que groupe, les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé acceptent l'existence d'une association coopérative avec le gouvernement fédéral basée d'abord sur les contributions que ce dernier verse au titre des soins et des services complémentaires de santé assurés.

Je dirais peut-être aussi que la *Loi canadienne sur la santé* ne constitue pas la réponse aux défis devant lesquels nous nous trouvons pour ce qui est de l'appareil de santé. Il me tarde de travailler avec vous dans un esprit de collaboration afin que nous puissions relever des défis comme l'évolution rapide de la technologie médicale et le vieillissement de la population, et que nous arrivions à définir des stratégies de promotion de la santé ainsi que d'autres formules pour assurer les soins.

Pour revenir à la tâche immédiate que représente l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, je veux établir quelques énoncés raisonnablement complets de politique générale fédérale, à commencer par chacun des critères contenus dans la mesure législative.

Gestion publique

Le critère de la gestion publique est généralement accepté. Le but est de laisser la gestion des régimes provinciaux d'assurance-santé à une autorité publique, responsable devant le gouvernement provincial des décisions prises au sujet des seuils de prestations et des services, et assujettie à la vérification de ses dossiers et de ses comptes par une autorité publique.

Intégralité

La *Loi canadienne sur la santé* n'a pas pour but d'étendre ou de réduire la gamme de services assurés prévue dans l'ancienne législation fédérale. Sont compris dans les services assurés les soins hospitaliers nécessaires de l'avis d'un médecin, les services médicaux et les services de chirurgie dentaire qui doivent obligatoirement être dispensés à l'hôpital. Les régimes provinciaux doivent couvrir le coût des services aux malades hospitalisés et des services aux malades externes associés à la prestation des soins actifs, des soins de réadaptation et des soins aux malades chroniques. Pour ce qui est des services médicaux, les services assurés englobent généralement les services exigés pour des raisons médicales dispensés par des médecins autorisés de même que les interventions de chirurgie dentaire qui exigent l'hôpital pour être pratiquées comme il se doit. Les services dispensés par les autres professionnels des soins, sauf ceux qui doivent fournir les services hospitaliers nécessaires, ne sont pas assujettis aux critères de la loi.

À l'intérieur de ces paramètres généraux, les provinces, de même que les médecins, ont le privilège et aussi la responsabilité de dire en quoi consistent les services médicaux nécessaires pour des raisons médicales. Ce sont aussi les provinces qui déterminent quels hôpitaux et quels services hospitaliers sont exigés pour fournir les soins actifs, les soins de réadaptation ou les soins aux malades chroniques.

Universalité

Le but de la *Loi canadienne sur la santé* est de garantir que tous les habitants reconnus d'une province on droit à la protection et aux prestations en vertu d'un des douze régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé. Cependant les résidents éligibles ont la latitude et peuvent élire de ne pas adhérer au régime provincial.

L'accord sur l'admissibilité et la transférabilité fournit des directives utiles pour établir le domicile et déterminer les modalités qui permettent d'obtenir et de conserver la protection. Les dispositions en sont compatibles avec celles de la loi.

Je veux dire quelques mots au sujet des primes. Les provinces ont incontestablement le droit de prélever des impôts et la *Loi canadienne sur la santé* n'entrave pas ce droit. La loi n'interdit pas le système de primes en soi, pourvu que le régime provincial d'assurance-santé soit appliqué et géré de manière à ne pas refuser la protection ou empêcher l'accès aux services hospitaliers et aux services médicaux nécessaires pour les habitants reconnus d'une province. Les modalités administratives devraient être telles que les habitants ne soient pas privés de la protection parce qu'ils sont incapables de payer les primes.

Je suis conscient des problèmes auxquels font face certaines provinces dans le cas des touristes et des visiteurs qui peuvent avoir besoin de services de santé pendant leur séjour au Canada. Avec mes collègues du Cabinet, le ministre des Affaires extérieures et la ministre de l'Emploi et de l'Immigration, je veux effectuer un examen de ce qui se fait actuellement pour que tous les moyens soient pris afin

d'informer les visiteurs éventuels de la nécessité de se protéger en se procurant une assurance-santé suffisante avant d'entrer au Canada.

En somme, je crois qu'en notre qualité de ministres de la Santé, nous avons tous l'obligation de poursuivre l'objectif, autrement dit, faire en sorte que toutes les personnes dûment domiciliées dans une province obtiennent et conservent le droit aux services assurés, et cela selon des modalités uniformes.

Transférabilité

Les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la transférabilité visent à fournir aux assurés une protection ininterrompue en vertu de leur régime d'assurance- santé quand ils s'absentent temporairement de la province où ils sont domiciliés ou quand ils se déplacent d'une province à une autre. Pendant un séjour temporaire dans une autre province, les habitants reconnus d'une province ne devraient pas être obligés de payer de leur poche pour obtenir les services hospitaliers ou médicaux nécessaires. Les fournisseurs de soins devraient avoir l'assurance de toucher des montants raisonnables à l'égard du coût de ces services.

Quant aux services assurés reçus pendant un séjour à l'étranger, le but est de garantir une indemnisation raisonnable au titre des services hospitaliers ou médicaux d'urgence qui sont nécessaires ou des services prescrits qui n'existent pas dans une province ou dans les provinces voisines. En général, les formules de paiement rattachées aux indemnités qui auraient été versées au titre des mêmes services dispensés dans une province pourraient être acceptées pour les besoins de la *Loi canadienne sur la santé*.

Dans mes entretiens avec les ministres provinciaux et territoriaux, j'ai senti un désir d'arriver aux objectifs souhaités en matière de transférabilité et de réduire au minimum les difficultés que les Canadiens peuvent rencontrer quand ils se déplacent au Canada. Je crois que les ministres de la Santé des provinces et des territoires sont tous désireux de voir à ce que ces services soient fournis de façon plus efficace et d'une manière plus économique pour que les Canadiens puissent conserver leur protection d'assurance-santé ou obtenir les prestations ou les services sans empêchement indu.

Des progrès appréciables ont été réalisés ces dernières années grâce aux accords de réciprocité qui permettent d'atteindre les objectifs de transférabilité visés par la *Loi canadienne sur la santé* en ce qui a trait à la protection à l'intérieur du Canada. Ces accords ne font pas obstacle aux droits et privilèges des provinces quand il s'agit de déterminer quels sont les services rendus dans une autre province et d'en prévoir l'indemnisation. Ils n'empêchent pas non plus les provinces d'exercer un contrôle raisonnable par le moyen de l'approbation préalable des interventions facultatives. Mais je reconnais qu'il y a encore du travail à faire relativement aux modalités de paiement entre les provinces pour atteindre cet objectif, surtout par rapport aux services des médecins.

Je suis bien conscient que toutes les difficultés ne peuvent être résolues du jour au lendemain et qu'il faudra allouer assez de temps pour que les régimes provinciaux arrivent à ne pas exiger de frais directs des malades pour les services hospitaliers et les services médicaux nécessaires fournis dans les autres provinces.

Quant aux services nécessaires fournis à l'étranger, j'ai confiance que nous pouvons établir des normes acceptables d'indemnisation au titre des services médicaux et des services hospitaliers essentiels. La *Loi* ne définit pas de formule particulière et je serais heureux de connaître vos vues à ce sujet.

Pour que nos efforts s'harmonisent, je proposerais de demander au Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement d'examiner différentes possibilités et de présenter d'ici un an des solutions pour atteindre ces objectifs.

Accessibilité raisonnable

La loi est assez claire à l'égard de certains aspects de l'accessibilité. Ce qu'elle cherche à faire, c'est de décourager la pratique voulant que des frais soient exigés sur-le-champ pour les services assurés fournis aux assurés et d'empêcher que s'exercent de fâcheuses distinctions à l'égard d'un groupe de population en ce qui a trait à la facturation des services ou de l'usage nécessaire des services assurés. La loi met en même temps l'accent sur l'association qui doit exister entre les fournisseurs des services assurés et les gestionnaires des régimes provinciaux, exigeant que les régimes provinciaux comportent des mécanismes raisonnables de paiement ou d'indemnisation pour que les usagers aient un accès raisonnable aux services. Je veux souligner de nouveau mon intention de respecter les privilèges des provinces relativement à l'organisation, à l'émission d'un permis d'exercice, à l'offre, à la répartition de la main-d'oeuvre, ainsi qu'à l'affectation des ressources et aux priorités dans le cas des services assurés. Je tiens à vous assurer que le gouvernement fédéral ne recourra pas à la disposition relative à l'accès raisonnable pour intervenir directement dans des questions comme l'existence matérielle ou géographique des services ou la régie par les provinces des établissements et des professions qui fournissent les services assurés. Les grandes questions ayant trait à l'accès aux services de santé me seront inévitablement signalées. Je veux vous donner l'assurance que mon Ministère travaillera par l'intermédiaire des bureaux des ministres provinciaux et territoriaux, et de concert avec eux, afin de régler ces questions.

Mon but en vous faisant part de mes intentions au sujet des critères contenus dans la *Loi canadienne sur la santé*, c'est de nous permettre de travailler ensemble à définir notre système national d'assurance-santé. Je crois que si nous poursuivons le dialogue, si nous sommes favorables à l'idée d'échanger des renseignements et que nous voulons le faire, et si nous comprenons bien de part et d'autre les règles du jeu, nous pouvons mettre en oeuvre la Loi sans animosité et sans conflit.

Je préférerais que les ministres provinciaux et territoriaux aient eux-mêmes une possibilité d'interpréter les critères de la *Loi canadienne sur la santé* et de les appliquer à leurs régimes d'assurance-santé respectifs. Je crois également que les ministres de la Santé des provinces et des territoires comprennent et acceptent tous que j'ai des comptes à rendre au Parlement du Canada, et que je dois notamment présenter tous les ans un rapport sur le fonctionnement des régimes provinciaux d'assurance-santé en ce qui a trait au respect de ces critères fondamentaux.

Conditions

Cela m'amène aux conditions relatives à l'obligation de reconnaître les contributions fédérales et à celles de fournir des renseignements, l'une et l'autre pouvant être précisées dans le règlement. À ce propos, je veux me guider sur les principes suivants :

1. faire le moins de règlements possibles et seulement si c'est absolument nécessaire;
2. compter sur la bonne volonté des ministres pour reconnaître comme il se doit le rôle et la contribution du gouvernement fédéral et pour fournir de plein gré les renseignements nécessaires afin d'exécuter la loi et de faire rapport au Parlement;
3. recourir à la concertation et à l'échange de renseignements qui nous profitent mutuellement comme moyens privilégiés pour mettre en oeuvre et faire appliquer la *Loi canadienne sur la santé*;
4. utiliser les mécanismes qui existent déjà pour échanger des renseignements à l'avantage mutuel de nos administrations.

En ce qui a trait à la reconnaissance des contributions fédérales à la santé par les gouvernements provinciaux et territoriaux, je suis convaincu que nous pouvons normalement arriver sans peine à nous entendre sur la solution appropriée. À mon avis, la meilleure formule, c'est de montrer qu'en tant que ministres de la Santé, nous travaillons ensemble dans l'intérêt du contribuable et du malade.

À l'égard de l'information, je m'en tiens à l'engagement que j'ai pris d'améliorer si possible les systèmes nationaux de données déjà en place, et cela dans un esprit de collaboration et de coopération. Ces systèmes servent à plus d'une fin et fournissent au gouvernement fédéral aussi bien qu'aux autres organismes et au grand public des données essentielles sur notre appareil de soins et l'état de santé de notre population. J'entrevois la poursuite d'un travail en association qui permettra d'améliorer les systèmes d'information sanitaire dans des domaines comme les taux de morbidité et de mortalité, l'état de santé, le fonctionnement des services de santé et leur utilisation, le coût et le financement des soins.

Je crois fermement que le gouvernement fédéral n'a pas besoin de réglementer ces questions. Je n'ai donc pas l'intention de recourir au pouvoir de réglementation pour ce qui est des renseignements exigés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* quand il s'agit d'étendre ou de modifier les systèmes généraux de données et les échanges de renseignements. Afin que l'information relative à la *Loi canadienne sur la santé* circule le plus économiquement possible, je vois seulement deux mécanismes particuliers, et essentiels, de transfert des données :

1. des estimations et des bilans sur la surfacturation et les frais modérateurs;
2. un bilan provincial annuel (peut-être sous la forme d'une lettre qui me sera envoyée) à présenter à peu près six mois après la fin de l'exercice financier, décrivant le fonctionnement des régimes provinciaux respectifs d'assurance-santé par rapport aux critères et aux conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.

Au sujet du premier point, je propose d'établir des règlements dont le contenu sera identique à celui des règlements qui ont été acceptés pour 1985-86. Vous trouverez un projet de règlements joint à titre d'annexe I. Pour aider à préparer le bilan provincial annuel auquel je fais allusion au deuxième point, j'ai élaboré des directives générales qui constituent l'annexe II. Au-delà de ces documents bien précis, j'ai confiance que l'échange spontané et mutuellement bénéfique d'éléments tels que les lois, les règlements et les descriptions de programmes se poursuivra.

Une question a été soulevée au cours de nos entretiens antérieurs que nous avons eus au début, à savoir si les estimations ou les retenues en ce qui a trait aux frais modérateurs et à la surfacturation devraient être fondées sur les « montants facturés » ou sur les « montants perçus ». La loi établit clairement que les retenues doivent être basées sur les montants facturés. Or, en ce qui a trait aux frais modérateurs, des régimes provinciaux acquittent les frais indirectement pour certaines personnes. Lorsqu'il est nettement démontré qu'un régime provincial rembourse aux fournisseurs de soins le montant facturé mais ne le perçoit pas, disons à l'égard des bénéficiaires de l'aide sociale ou dans le cas des comptes impayés, il faudra rajuster en conséquence les estimations et les retenues.

Je veux insister sur le fait que lorsqu'un régime provincial n'autorise pas les frais modérateurs, tout le système doit être conforme au but du critère de l'accessibilité raisonnable énoncé [dans cette lettre].

Règlements

En plus de ceux qui visent la reconnaissance du rôle fédéral et les renseignements à fournir, dont il est question précédemment, la loi prévoit l'établissement de règlements ayant rapport aux services hospitaliers exclus et de règlements relatifs à la définition des services complémentaires de santé.

Vous êtes au courant que la loi spécifie que chacune des provinces doit être consultée et qu'il doit y avoir entente au sujet des règlements. Les discussions que j'ai eues avec vous n'ont fait ressortir que certaines inquiétudes au sujet de l'ensemble provisoire de services exclus des règlements sur les services hospitaliers, ci-joint.

De même, je n'ai pas perçu d'inquiétude au sujet du projet de règlements qui définit les services complémentaires de santé. Ces règlements aident à fournir des précisions pour que les provinces puissent interpréter la loi et gérer les régimes et programmes en cours. Ils ne modifient pas

sensiblement ou en substance ceux qui ont été en vigueur pendant huit ans en vertu de la partie IV de la *Loi de 1977* sur les contributions à l'enseignement postsecondaire et à la santé. Il se pourrait bien, cependant, quand nous commencerons à examiner les défis à relever dans le domaine des soins, que nous devions songer à revoir ces définitions.

J'ai voulu par cette lettre essayer d'établir des règles de base souples, raisonnables et claires pour faciliter à l'échelon provincial, aussi bien qu'à l'échelon fédéral, l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*. J'ai voulu englober beaucoup de questions, dont l'interprétation des critères, la position fédérale au sujet des conditions et les projets de règlements. Je suis évidemment conscient qu'une lettre de cette sorte ne peut pas traiter de chacun des points qui préoccupent chaque ministre de la Santé. Il est donc essentiel qu'un dialogue et que la communication se poursuivent.

En terminant, laissez-moi vous remercier de l'aide que vous avez apportée pour en arriver à ce que je crois être un point de vue généralement accepté en ce qui a trait à l'interprétation et à l'application de la loi. Tel que mentionné au début de cette lettre, je vous saurais gré de me signaler par écrit, sous peu vos vues sur les projets de règlements ci-joints. J'ai l'intention de vous écrire bientôt au sujet de l'échange volontaire de renseignements dont nous avons discuté, relativement à l'administration de la loi et du rapport à présenter au Parlement.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Jake Epp

[Voici le texte de la lettre envoyée le 6 janvier 1995 à tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé par l'honorable Diane Marleau, ministre de la Santé.]

Le 6 janvier 1995

Cher collègue,

Objet : la *Loi canadienne sur la santé*

La *Loi canadienne sur la santé* est en vigueur depuis un peu plus d'une décennie. Les principes énoncés dans la loi (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité) continuent d'être appuyés par tous les gouvernements provinciaux et territoriaux et par la grande majorité des Canadiens et des Canadiennes. Mais l'érosion possible du système de santé canadien administré et financé par le secteur public suscite des craintes, et il est essentiel de prendre les moyens nécessaires pour préserver ces principes.

Il est clair à la suite de la réunion de Halifax tenue récemment, que plusieurs ministres de la Santé sont préoccupés par une tendance à interpréter la loi de façons divergentes. J'aborderai d'autres questions à la fin de la présente lettre à cet égard. Toutefois, ma préoccupation principale concerne les cliniques privées et les frais d'établissement qu'elles perçoivent auprès de leurs patients. C'est un problème qui n'est pas nouveau pour les ministres de la Santé. Il a fait l'objet d'importantes discussions lors de note réunion à Halifax l'an dernier. Pour les raisons que j'expose dans cette lettre, je suis convaincue que la prolifération d'un « second palier » d'établissements, exploités entièrement ou dans une large mesure en dehors du système de santé administré et financé par des fonds publics, et dispensant des services médicalement nécessaires, constitue une menace sérieuse pour le système de soins de santé du Canada.

Plus précisément, et plus directement, je considère que les frais d'établissement exigés par les cliniques privées pour des services médicalement nécessaires représentent un problème sérieux qui doit être réglé. Selon moi, de tels frais constituent des frais modérateurs et à ce titre, ils contreviennent au principe de l'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé*.

Bien que ces frais d'établissement ne soient pas définis dans la loi fédérale, ni dans les dispositions législatives de la plupart des provinces, ce terme renvoie aux montants d'argent qui peuvent être exigés pour des services de type hospitalier dispensés en clinique et qui ne sont pas remboursés par la province, par opposition aux services fournis par un médecin. Lorsque ces frais d'établissement sont imposés pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique qui reçoit, par ailleurs, en vertu du régime d'assurance-santé de la province, des fonds publics pour la prestation de ces services, ces frais constituent un obstacle financier à l'accessibilité des services. Ils enfreignent par conséquent la disposition de la loi relative aux frais modérateurs (article 19).

Les frais d'établissement sont, à mon avis, inacceptables parce qu'ils limitent l'accès aux services médicalement nécessaires.

De plus, lorsque des cliniques qui reçoivent des fonds publics pour dispenser des services médicalement nécessaires exigent en supplément des frais d'établissement, les personnes qui ont les moyens de payer de tels frais sont directement subventionnées par tous les autres Canadiens et Canadiennes. Il m'apparaît tout à fait inacceptable de subventionner de la sorte un système de santé à deux paliers.

Ma position sur les frais d'établissement repose sur deux arguments. Le premier touche la politique en matière de santé. Dans le contexte actuel de la prestation des services de santé, une interprétation qui

permet l'imposition de frais d'établissement pour des services médicalement nécessaires alors que le régime d'assurance-santé de la province couvre les honoraires du médecin va à l'encontre de l'esprit et de l'objet de la loi. Autrefois, de nombreux services médicaux exigeaient an séjour à l'hôpital; maintenant, grâce aux progrès de la technologie médicale et à la tendance à dispenser des services dans des endroits plus accessibles, il est possible d'offrir une vaste gamme de soins ou de services ambulatoires à l'extérieur du cadre hospitalier traditionnel. Le critère de la loi relatif à l'accessibilité, critère dont la disposition sur les frais modérateurs ne constitue qu'un exemple, avait, de toute évidence, pour objet de veiller à ce que les résidents du Canada reçoivent tous les services de santé médicalement nécessaires, sans obstacle financier ou autre, et quel que soit l'endroit où ces services sont dispensés. Ce critère doit conserver son sens initial quelle que soit la façon dont l'exercice de la médecine évolue.

Le deuxième argument relève de l'interprétation juridique. La définition du terme « hôpital » prévue dans la loi comprend tout établissement qui offre des soins hospitaliers aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ou exigeant des services de réadaptation. Cette définition couvre aussi les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Pour des raisons touchant à la fois la politique et l'interprétation juridique, je considère donc que lorsqu'un régime d'assurance-santé provincial prévoit le paiement d'honoraires de médecin pour des services médicalement nécessaires dispensés dans une clinique, il doit également prévoir le paiement des services (hospitaliers) connexes associés à la prestation de ces services, sans quoi la province en question devra s'attendre à l'application de déductions correspondant au total des frais modérateurs.

Je me rends bien compte que cette interprétation nécessitera certaines modifications, particulièrement dans les provinces où des cliniques exigent actuellement des frais d'établissement applicables à des services de santé médicalement nécessaires. Afin d'éviter des difficultés qui pourraient être jugées déraisonnables, je fixe au 15 octobre 1995 la date de mise en application de cette interprétation. Les provinces disposeront ainsi du temps requis pour mettre en place les dispositions législatives ou réglementaires qui s'imposent. À compter du 15 octobre 1995, toutefois, je commencerai à déduire des paiements de transfert toute somme exigée pour des frais d'établissement lorsque des services de santé médicalement nécessaires sont en cause, comme le prévoit l'article 20 de la *Loi canadienne sur la santé*. À mon avis, les provinces bénéficieront ainsi d'une période de transition raisonnable étant donné qu'elles sont maintenant saisies de mes préoccupations concernant les cliniques privées, et compte tenu des progrès déjà réalisés par le Comité consultatif fédéral- provincial-territorial sur les services de santé qui se penche sur la question des cliniques privées depuis déjà un bon moment.

Je tiens à préciser que je ne cherche pas à empêcher l'utilisation de cliniques pour dispenser des services de santé médicalement nécessaires. Je sais que dans bien des cas, elles représentent un moyen efficace d'offrir des services de santé à moindre coût, et souvent en ayant recours à des techniques avancées. J'entends, par contre, veiller à ce que les services de santé médicalement nécessaires soient dispensés suivant des modalités uniformes et cela, quel que soit l'endroit où ils sont offerts. Les principes de la *Loi canadienne sur la santé* sont suffisamment souples pour permettre l'évolution de la médecine et de la prestation des soins de santé. Cependant, cette évolution ne saurait mener à la création d'un système de santé à deux paliers.

Comme je l'ai déjà mentionné dans cette lettre, même si la question des frais modérateurs constitue ma préoccupation immédiate, je m'inquiète également des questions plus générales soulevées par la prolifération des cliniques privées. Je crains que cette prolifération ne se traduise, à plus ou moins long terme, par une érosion de notre système de santé public, ce qui aurait pour résultat de limiter l'accès dont jouit la population canadienne aux services de santé médicalement nécessaires. L'énoncé de

politique auquel la réunion d'Halifax a donné lieu, témoigne bien de ces préoccupations. Les ministres de la Santé présents, à l'exception de la Ministre de l'Alberta, ont convenu :

> d'entreprendre toute démarche qui pourrait être nécessaire pour réglementer l'établissement des cliniques privées au Canada et maintenir un régime d'assurance-santé de grande qualité par les gouvernements.

La question des cliniques privées soulève de nombreuses préoccupations au sein du gouvernement fédéral, préoccupations que les provinces partagent. On s'inquiète entre autres :

- ☐ de l'affaiblissement de l'appui du public au système de santé administré et financé par l'État;
- ☐ de la diminution de la capacité des gouvernements de contrôler les coûts de la santé une fois que ceux-ci sont passés du secteur public au secteur privé;
- ☐ de la possibilité, comme en fait foi l'expérience vécue ailleurs, que les établissements privés concentrent leurs efforts sur les actes médicaux les plus faciles, laissant aux établissements publics le soin de s'occuper des cas plus complexes et plus coûteux;
- ☐ de la capacité qu'ont les établissements privés d'offrir aux professionnels de la santé des encouragements financiers susceptibles de les inciter à se désengager du système de santé public (incitant ces établissements à mobiliser leurs ressources financières afin d'attirer les consommateurs, plutôt que d'améliorer la qualité des soins offerts).

Le seul moyen de composer efficacement avec ces préoccupations consiste à réglementer l'exploitation des cliniques privées.

Je demande donc aux ministres de la Santé des provinces qui ne l'ont pas encore fait d'établir des cadres réglementaires régissant l'exploitation des cliniques privées. J'aimerais souligner que même si je me préoccupe surtout de l'élimination des frais modérateurs, il est tout aussi important que ces cadres réglementaires soient mis en place pour assurer un accès raisonnable aux services de santé médicalement nécessaires et pour favoriser la viabilité du système de santé financé et administré par l'État. À mon avis, il faut procéder sans tarder à leur mise en oeuvre.

N'hésitez pas à prendre contact avec moi pour des éclaircissements au sujet de ma position sur les cliniques privées et les frais d'établissement. Mes fonctionnaires, quant à eux, sont prêts à rencontrer les vôtres quand ils le souhaiteront pour en discuter. Il faudrait d'ailleurs selon moi, que nos fonctionnaires se concentrent, au cours des prochaines semaines, sur les préoccupations plus générales concernant les cliniques privées.

Comme je l'ai mentionné au début de la présente lettre, la *Loi canadienne sur la santé* fait l'objet d'interprétations divergentes touchant un bon nombre d'autres pratiques. Je préfère généralement que les problèmes touchant l'interprétation de la loi soient résolus par consensus fédéral-provincial-territorial en tenant compte des principes fondamentaux de la loi. J'ai, par conséquent, encouragé les deux paliers de gouvernement à tenir des consultations dans tous les cas où il y avait de tels désaccords. En ce qui a trait à des situations telles que la couverture des frais médicaux engagés hors de la province de résidence ou à l'étranger, j'ai l'intention de poursuivre les consultations dans la mesure où elles sont susceptibles de mener à des conclusions satisfaisantes, dans des délais raisonnables.

En terminant, j'aimerais citer monsieur le juge Emmett M. Hall qui nous rappelait en 1980 que :

> «...dans notre société, le traumatisme causé par les maladies, la douleur engendrée par les opérations chirurgicales et le lent acheminement vers la mort constituent suffisamment de fardeaux sans avoir à y ajouter celui qui provient des frais médicaux et hospitaliers frappant le malade au moment où il est vulnérable. »

Je suis convaincue, qu'en gardant cet avis à l'esprit, nous continuerons de conjuguer nos efforts en vue de sauvegarder et de renouveler ce qui pourrait bien être notre plus remarquable projet social.

Enfin, comme les questions traitées dans la présente lettre revêtent une importance certaine pour les Canadiens et Canadiennes, je compte la rendre publique une fois que tous les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé l'auront reçue.

Veuillez agréer, cher collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Diane Marleau

Ministre de la Santé

Annexe C – Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé

En avril 2002, l'honorable A. Anne McLellan décrivait, dans une lettre qu'elle adressait à ses homologues provinciaux et territoriaux, un processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* dont avaient convenu l'ensemble des provinces et des territoires à l'exception du Québec. Le processus permet de satisfaire au désir des administrations fédérale, provinciales et territoriales de prévenir les différends reliés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé* et, lorsqu'il est impossible d'y parvenir, de les régler d'une façon équitable, transparente et opportune.

Le processus comprend des activités de règlement des différends liés à l'échange de renseignements entre les gouvernements; la discussion et la clarification des questions, dès qu'elles sont soulevées; la participation active des gouvernements aux comités spéciaux fédéraux-provinciaux-territoriaux des questions liées à la *Loi canadienne sur la santé*; ainsi que des évaluations préalables, si celles-ci sont demandées.

Si les activités de prévention des différends échouent, des activités de règlement des différends peuvent être amorcées, et ce, en commençant par des activités de détermination des faits et des négociations entre les gouvernements. Si ces activités se révèlent infructueuses, l'un des ministres de la Santé visés peut reporter les questions à un groupe tiers pour qu'il entreprenne la détermination des faits et fournisse conseils et recommandations.

La ministre fédérale de la Santé détient le pouvoir final de décision en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. En décidant si elle doit invoquer les dispositions de non-conformité de la loi, la ministre prendra en considération le rapport du groupe.

En septembre 2004, l'accord conclu entre les provinces et les territoires en 2002 a été officialisé par les premiers ministres, réitérant ainsi leur engagement concernant l'utilisation du Processus de prévention et de règlement des différends de la *Loi canadienne sur la santé* pour régler les questions d'interprétation associées à la loi.

Vous trouverez dans les pages suivantes le texte intégral de la lettre de la ministre McLellan à l'honorable Gary Mar, ainsi qu'un feuillet d'information sur le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Minister of Health Ministre de la Santé

Ottawa, Canada K1A 0K9

Le 2 avril 2002

L'honorable Gary Mar
Ministre de la Santé et du Mieux-être
Province de l'Alberta
Edifice Legislature, pièce 323
Edmonton (Alberta)
T5K 2B6

Monsieur,

La présente fait suite à mon engagement d'avancer à aller de l'avant avec le processus de prévention et de règlement des différends liés à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Je comprends que les gouvernements des provinces et des territoires tiennent à ce qu'une tierce partie fournisse des avis et des recommandations lorsque des divergences d'interprétation de la *Loi canadienne sur la santé* se produisent. Ce point a été intégré au processus de Prévention et règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* qui est exposé ci-dessous. Je crois que ce processus nous permettra de prévenir ou de régler, de façon équitable, transparente et rapide, les problèmes d'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Prévention des différends

Le meilleur moyen de résoudre les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* est d'abord de prévenir qu'ils se produisent. Le gouvernement n'a eu recours qu'exceptionnellement aux pénalités et seulement lorsque toutes les tentatives pour régler le litige se sont révélées infructueuses. La prévention des différends a produit de bons résultats pour nous par le passé et elle pourra servir nos intérêts communs à l'avenir. Par conséquent, il est important que les gouvernements continuent de participer activement à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les questions relatives à la *Loi canadienne sur la santé* et d'entreprendre, de gouvernement à gouvernement, des échanges d'information, des discussions et des efforts de clarification des questions à mesure qu'elles surgiront.

En outre, Santé Canada s'engage à fournir, à la demande d'une province ou d'un territoire, des évaluations préalables.

Règlement des différends

Lorsque les activités visant à prévenir un différend entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial se sont révélées infructueuses, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés peut déclencher le processus de règlement des différends en rédigeant, à l'intention de son homologue, une lettre dans laquelle il expose la question litigieuse. Une fois entrepris, le processus de règlement des différends devra être complété

avant de prendre toute mesure en vertu des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité.

Tout d'abord, dans les 60 jours suivant la date de la lettre de déclenchement du processus, les gouvernements qui seront parties au différend feront conjointement ce qui suit :

- ils recueilleront et mettront en commun tous les faits pertinents;
- ils rédigeront un rapport sur l'établissement des faits;
- ils négocieront en vue de résoudre la question litigieuse; et
- ils rédigeront un rapport sur la façon utilisée pour régler la question.

Toutefois, s'il advenait qu'on ne s'entende pas sur les faits ou que les négociations ne mènent pas au règlement de la question, l'un ou l'autre des ministres de la Santé concernés par le différend pourra déclencher le processus visant à référer la question à une tierce partie en écrivant à son homologue. Un comité spécial sera constitué dans les 30 jours qui suivront la date de cette lettre. Il se composera d'une personne désignée par la province ou le territoire ainsi que d'une personne désignée par le gouvernement fédéral. Ces deux personnes choisiront ensemble un président. Le comité spécial évaluera la question litigieuse conformément aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits et formulera des conseils et des recommandations. Il présentera ensuite un rapport sur la question aux gouvernements en cause dans les 60 jours qui suivront la création du groupe.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Avant de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité spécial en considération.

Rapports publics

Les gouvernements divulgueront au public les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport d'un comité spécial.

J'estime que le gouvernement du Canada a donné suite aux engagements pris dans l'accord de septembre 2000 en matière de santé en fournissant 21,1 milliards de dollars au moyen du cadre financier et en collaborant dans d'autres domaines cernés dans l'accord. Je m'attends à ce que tous les premiers ministres provinciaux et territoriaux, ainsi que leurs ministres de la Santé, respectent le cadre d'imputabilité à l'égard du système de santé qu'ils ont accepté en septembre 2000. Le travail de nos représentants au sujet des indicateurs de rendement a été marqué par la collaboration et l'efficacité jusqu'à maintenant. La population canadienne s'attendra à ce que nous lui rendions des comptes au sujet de tous les indicateurs d'ici la date qui a été convenue, soit septembre 2002. Bien qu'un certain nombre de gouvernements, à ce que je sache, ne pourront peut-être pas rendre compte avec précision de tous les indicateurs d'ici cette date, l'obligation de rendre des comptes à la population canadienne est une composante essentielle de nos efforts pour renouveler notre système de santé. Il m'apparaît très important que les gouvernements travaillent à rendre des comptes au sujet de tous les indicateurs.

De plus, j'espère que tous les gouvernements provinciaux et territoriaux participeront au processus d'examen conjoint que tous les premiers ministres signataires de l'Entente- cadre sur l'union sociale avaient convenu de faire et termineront ce processus.

Le processus de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé* exposé dans la présente lettre est clair et simple. Si, plus tard, des modifications s'avéraient nécessaires, je m'engage à examiner le processus avec vous et les autres ministres provinciaux et territoriaux de la Santé. En procédant ainsi, nous démontrerons aux Canadiens et Canadiennes que nous sommes déterminés à renforcer et à préserver l'assurance-santé en prévenant et en réglant rapidement et équitablement les différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

A. Anne McLellan

Fiche d'information : Processus de prévention et de règlement des différends liés à la Loi canadienne sur la santé

Portée

Les dispositions décrites s'appliquent à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé*.

Prévention des différends

Afin d'éviter et de prévenir les différends, les gouvernements continueront :

- ☐ de participer activement à des comités fédéraux-provinciaux-territoriaux spéciaux sur les litiges liés à la *Loi canadienne sur la santé*;
- ☐ à utiliser un processus bilatéral d'échange d'information, de discussion et de clarification lorsque des conflits surviennent.

Santé Canada s'engage à présenter des évaluations préalables aux provinces et aux territoires qui en font la demande.

Règlement des différends

Lorsque la prévention des différends entre le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial ou territorial n'a mené à rien, n'importe quel ministre de la Santé touché peut mettre en œuvre le règlement des différends en écrivant à son homologue. La lettre comprendra une description du différend. S'il est mis en œuvre, le règlement des différends précédera toute mesure prise en vertu du non-respect des dispositions de la loi.

En guise de première étape, les gouvernements touchés acceptent d'effectuer conjointement ce qui suit dans les 60 jours suivant la date de la lettre :

- ☐ recueillir et partager tous les faits pertinents;
- ☐ rédiger un rapport d'établissement des faits;
- ☐ négocier en vue de régler le conflit; et
- ☐ rédiger un rapport expliquant comment on a résolu le conflit.

Si l'on ne s'entend pas quant aux faits ou si les négociations échouent, n'importe quel ministre de la Santé engagé dans le conflit peut mettre en œuvre le processus de renvoi du litige à un comité en écrivant à son homologue.

- ☐ Dans les 30 jours suivant la date de la lettre, un comité sera établi. Le comité sera formé d'un représentant nommé par le gouvernement provincial ou territorial et un représentant nommé par le gouvernement fédéral, lesquels choisiront ensemble un président.
- ☐ Le comité évaluera le différend en fonction des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, entreprendra l'établissement des faits, offrira des conseils et présentera des recommandations.
- ☐ Le comité présentera, dans les 60 jours suivant sa nomination, un rapport aux gouvernements en question.

Le ministre de la Santé du Canada détient l'autorité ultime en ce qui concerne l'interprétation et l'application de la *Loi canadienne sur la santé*. Afin de décider s'il invoquera les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* relatives à la non-conformité, le ministre de la Santé du Canada prendra le rapport du comité en considération.

Présentation de rapports au public

Les gouvernements présenteront des rapports au public sur les activités de prévention et de règlement des différends liés à la *Loi canadienne sur la santé*, y compris tout rapport présenté par le comité.

Révision

Le ministre de la Santé du Canada s'engage à revoir le processus avec les ministres provinciaux et territoriaux de la Santé si des ajustements s'avèrent éventuellement nécessaires.

Annexe D - Documents concernant le système de santé canadien

Voici une liste de documents, produits par les provinces et les territoires, qui se rapportent aux cinq critères de la *Loi canadienne sur la santé* et à l'obligation des provinces de faire état des transferts de fonds. Ces documents comprennent, entre autres, des rapports annuels de ministères responsables des soins de santé, des documents financiers concernant les soins de santé offerts dans les provinces et les territoires, des rapports de vérifications et d'évaluations et des documents sur les lois provinciales et territoriales. Certains documents sont également de portée nationale.

Documents produits par les provinces et les territoires sur le système de soins de santé

Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador

- ☐ Department of Health and Community Services.[Ministère de la Santé et des Services sociaux] *Moving Forward Together: Mobilizing Primary Health Care.* (septembre 2003)
  http://www.gov.nf.ca/health/publications/pdfiles/labhlth.pdf
- ☐ Department of Health and Community Services. *Operational Review of Health Labrador Corporation - Results of High Level Review - Final Report* (avril 2003)
  http://www.gov.nf.ca/health/publications/pdfiles/labhlth.pdf
- ☐ Department of Finance. [Ministère des Finances] *2004 Budget.* (le 30 mars 2004)
  http://www.gov.nl.ca/budget2004/default.htm
- ☐ Newfoundland and Labrador Medical Association. *Arbitration Award Report - Government of Newfoundland and Labrador and Newfoundland and Labrador Medical Association.* (avril 2003)
  http://www.gov.nf.ca/publicat/2003/NLMAArbitration.pdf
- ☐ Office of the Auditor General.[Bureau du vérificateur général] *Report of the Auditor General to the House of Assembly on Reviews of Departments and Crown Agencies for the fiscal year ended March 31, 2003.* (décembre 2003)
  http://www.gov.nl.ca/ag/2003AnnualReport/AR2003.htm#ARTofC
- ☐ Législation
  http://www.gov.nf.ca/hoa/sr/body.htm

Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard

- ☐ Health and Social Services.[Ministère de la Santé et des Services sociaux] *Annual Report 2002-2003.* (mai 2004)
  http://www.gov.pe.ca/photos/original/hss_e_ar_02-03.pdf

- Health and Social Services. *Schedule of Payments for Medical Services.* **http://www.gov.pe.ca/hss/medical/**
- Office of the Auditor General. [Bureau du vérificateur général] *2004 Report of the Auditor General to the Legislative Assembly.* (le 30 mars 2004) **http://www.gov.pe.ca/photos/original/ag_2004_report.pdf**
- Provincial Treasury.[La Trésorerie provinciale] *Budget Highlights 2004-2005 – Working Together for a Secure Tomorrow.* (le 30 mars 2004) **http://www.gov.pe.ca/budget/2004/highlights.pdf**
- Provincial Treasury. *Estimates of Revenue and Expenditure 2004.* (le 30 mars 2004) **http://www.gov.pe.ca/budget/2004/estimates.pdf**
- Provincial Treasury. *30th Annual Statistical Review, 2003.* (juin 2004) **http://www.gov.pe.ca/photos/original/30annualreview.pdf**
- Législation **http://www.gov.pe.ca/law/statutes/index.php3**

Gouvernement de la Nouvelle-Écosse

- Department of Health.[Ministère de la Santé] *Report of the Provincial Wait Time Monitoring Project Steering Committee.* (janvier 2004) **http://www.gov.ns.ca/health/wait_times/full-Wait%20Time.pdf**
- Department of Health. *Backgrounder: Report of the Wait Time Monitoring Project Steering Committee.* (janvier 2004) **http://www.gov.ns.ca/health/wait_times/backgrounder-wait-times-report.pdf**
- Department of Health. *Your Health Matters: Working Together Toward Better Care - An Update from the Department of Health.* (le 27 janvier 2004) **http://www.gov.ns.ca/health/wait_times/wait-times-update.pdf**
- Department of Health. *2003-2004 Business Plan.* **http://www.gov.ns.ca/health/downloads/2003-2004%20DoH%20Business%20Plan.pdf**
- Department of Health. *Health Care Cost Drivers Fact Sheet.* (avril 2004) **http://www.gov.ns.ca/health/downloads/Budget-Cost_Drivers.pdf**
- Department of Health. *Minister's Report to Nova Scotians – Confident Change for Quality Care 2003-2004.* (mars 2004) **http://www.gov.ns.ca/health/report/default.htm**
- Department of Finance. [Ministère des Finances]*Budget Documents for the Fiscal Year 2004-2005.* (avril 2004) **http://www.gov.ns.ca/finance/budget04/default.asp**
- Législation : **http://www.gov.ns.ca/legi/lege/**

Gouvernement du Nouveau-Brunswick

- Ministère de la Santé et du Mieux-être. *Rapport annuel 2002-2003.* (octobre 2003) **http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2312-ef-final.pdf**
- Ministère de la Santé et du Mieux-être. *Budget 2004-2005 : Renseignements.* (juin 2004) **http://www.gnb.ca/0051/budgets/pdf/Backgrounders2004-05-f.pdf**
- Ministère de la Santé et du Mieux-être. *Une nouvelle orientation pour le plan de gestion des ressources médicales au Nouveau-Brunswick.* (septembre 2003) **http://www.gnb.ca/0051/pdf/HRStudy/DirectionPhysicianWorkforce-f.pdf**

- Ministère de la Santé et du Mieux-être. *Rapport destiné à la population néo-brunswickoise – Fiche de rendement du système de santé du Nouveau-Brunswick 2003.*
  http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/hrecard-f.pdf
- Ministère de la Santé et du Mieux-être. *Selon la loi de la compétence du ministre de la Santé et du Mieux-être et administré par le ministère de la Santé et du Mieux-être.* (le 31 mai 2004).
  http://www.gnb.ca/0062/deplinks/ENG/Haw.htm
- Ministère des Finances. *Budget 2004-2005. Vivre selon nos moyens : Mettre l'accent sur les priorités.* (mars 2004)
  http://www.gnb.ca/0160/budget/buddoc2004/bud2004-f.html
- Législation :
  http://www.gnb.ca/0062/acts/acts-f.asp

Gouvernement du Québec

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Rapport annuel de gestion 2002-2003.* (octobre 2003)
  http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme national de santé publique 2003-2012.* (février 2004)
  http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Politique d'Évaluation du Ministère de la Santé des Services sociaux – Évaluer pour s'améliorer* (le 11 septembre 2003)
  http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications.html
- Ministère des Finances. *Discours sur le budget 2004-2005* (le 30 mars 2004)
  http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2004-2005/index.asp
- Ministère des Finances. *2004-2005 Budget – points saillants.* (le 30 mars 2004)
  http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2004-2005/index.asp
- Ministère des Finances. *2004-2005 Budget – renseignements additionnels sur les mesures du budget.* (le 30 mars 2004)
  http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2004-2005/index.asp
- Vérificateur générale du Québec. *Rapport du vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 2002-2003 – Tome I et II* (juin 2003)
  http://www.vgq.gouv.qc.ca/publications/Rapp_2003_2/Rapport.pdf
  http://www.vgq.gouv.qc.ca/publications/Rapp_2003_1/Rapport.pdf
- Législation :
  http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/accueil.asp

Gouvernement de l'Ontario

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Assurance-santé de l'Ontario – Feuilles d'information et Foire aux questions.*
  http://www.gov.on.ca/health/french/programf/ohipf/ohipfaq_mnf.html
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Engagement en matière de soins : Planification des soins à long terme en Ontario.* (printemps 2004)
  http://www.gov.on.ca/health/french/pubf/ministryf/ltc04f/mohltc_rep04f.html

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Report on the Integration of of Primary Health Care Nurse Practitioners into the Province of Ontario.* (le 30 juin 2003)
  http://www.health.gov.on.ca/english/public/pub/ministry_reports/nurseprac03/nurseprac03_mn.ht ml
- Ministère des Finances. *2004 Budget de l'Ontario : Documents budgétaires* (mai 2004)
  http://www.gov.on.ca/FIN/bud04e/papers_all.htm
- Législation
  http://www.e-laws.gov.on.ca/home_E.asp?lang=fr

Gouvernement du Manitoba

- Santé Manitoba. *Annual Report and the Manitoba Health Services Insurance Plan, 2002-2003.* (novembre 2003)
  http://www.gov.mb.ca/health/ann/200203/annrpt0203.pdf
- Santé Manitoba. *Manitoba Health Annual Statistics 2002-2003.*
  http://www.gov.mb.ca/health/annstats/index.html
- Santé Manitoba. *Report on the Public Consultation and Review of The Personal Health Information Act.*
  http://www.gov.mb.ca/health/phia/review.html
- Santé Manitoba. *Manitoba Wait Time Reduction Plan.*
  http://www.gov.mb.ca/health/waitlist/plan.html
- Santé Manitoba. *Guide info santé.*
  http://www.gov.mb.ca/health/guide/index.fr.html
- Santé Manitoba. *Manitoba Nursing Strategy: Three Year Progress Report.* (mars 2003)
  http://www.gov.mb.ca/health/nurses/strategy.pdf
- Office of the Auditor General of Manitoba. [Bureau du vérificateur général du Manitoba]. *Review of the Symmetry Between the Accounting Principles of the Regional Health Authorities, Manitoba Health and the Province of Manitoba.* (mai 2003)
  http://www.oag.mb.ca/reports/reports_fr.htm
- Législation
  http://web2.gov.mb.ca/laws/statutes/index.php

Gouvernement de la Saskatchewan

- Saskatchewan Health [Ministère de la Santé de la Saskatchewan]. *Its for Your Benefit – A Guide to Health Coverage in Saskatchewan.*
  http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_skhealthbooklet.pdf
- Saskatchewan Health. *2003-04 Annual Report.*
  http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_skhlth_2003-04_ar.pdf
- Saskatchewan Health. *Statistical supplement to the Annual Report of Saskatchewan Health, 2003-04.*
  http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_msb_asr03_04.pdf
- Saskatchewan Health. *Global Health Indicators for Regional Health Authorities.* (juillet 2003)
  http://www.health.gov.sk.ca/ph_ph_ere_ghi.pdf
- Saskatchewan Health. *The Action Plan for Saskatchewan Health Care – Progress Report.* (septembre 2003)
  http://www.health.gov.sk.ca/hplan_action_plan_update.pdf

- ☐ Health Quality Council. *2003/04 Annual Report - Our Journey Continues*
  http://www.hqc.sk.ca
- ☐ Office of the Provincial Auditor of Saskatchewan [Bureau du vérificateur provincial de la Saskatchewan]. *Saskatchewan 2003 Report Volume 3.* (décembre 2003)
  www.auditor.sk.ca
- ☐ The Commission on Medicare (Fyke Commission). *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System.*
  http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_commission_on_medicare-bw.pdf
- ☐ Législation
  http://www.saskjustice.gov.sk.ca/legislation/acts.shtml

Gouvernement de l'Alberta

- ☐ Alberta Health and Wellness [Ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta]. *Alberta Ministry of Health and Wellness Annual Report 2003/2004.* (septembre 2004)
  http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/AR03_04/index.html
- ☐ Alberta Health and Wellness. *Alberta Health Care Insurance Plan Statistical Supplement 2002/2003.* (septembre 2003)
  http://www.health.gov.ab.ca/about/pdf/commitment.pdf
- ☐ Alberta Health and Wellness. *Alberta's commitment to public health care: understanding your public health care insurance plan, April 1, 2002 – March 31, 2003.* (décembre 2003)
  http://www.health.gov.ab.ca/about/commitment.html
- ☐ Alberta Health and Wellness. *Health Costing in Alberta – 2003 Annual Report.* (août 2003)
  http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/Health_Costing_2003.pdf
- ☐ Alberta Health and Wellness. *Master Agreement Regarding the Tri-lateral Relationship and Budget Management Process for Strategic Physician Agreements.* (février 2004)
  http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/AHWtrilateralFinalJan04.pdf
- ☐ Alberta Finance [Ministère des Finances de l'Alberta]. *Ministry of Health and Wellness Business Plan 2004-2007.* (le 24 mars 2004)
  http://www.finance.gov.ab.ca/publications/budget/budget2004/health.html
- ☐ Législation
  Législation de la santé
  http://www.health.gov.ab.ca/about/minister/legislation.html
  Toute la législation
  http://www.qp.gov.ab.ca/index.cfm

Gouvernement de la Colombie-Britannique

- ☐ Ministry of Health Services [Ministère des Services de santé]. *2003-2004 Annual Service Plan Report.* (juin 2004)
  http://www.bcbudget.gov.bc.ca/annualreports/hs/hs.pdf
- ☐ Ministry of Health Services. *B.C. Surgical Wait Times Data.*
  http://www.swl.hlth.gov.bc.ca/swl/
- ☐ Ministry of Health Services. British Columbia Medical Association. *Rural Programs 2002-04: A Guide for Rural Physician Programs in British Columbia.*
  http://www.healthservices.gov.bc.ca/cpa/publications/rural_programs.pdf
- ☐ Ministry of Health Services. *Facts About Residential Care.*
  http://www.healthservices.gov.bc.ca/hcc/pdf/factsrescare.pdf

- ☐ Ministry of Finance [Ministère des Finances]. *Budget 2003-2004.* (le 18 février 2003)
  http://www.bcbudget.gov.bc.ca/bgt2003/
- ☐ B.C. Guidelines and Protocols Advisory Committee. *Patient Information Guides.*
  http://www.healthservices.gov.bc.ca/msp/protoguides/patguide.html
- ☐ Office of the Auditor General of British Columbia [Bureau du Vérificateur général de la Colombie-Britannique]. *2003-04 Report 4: Alternative Payments to Physicians: A Program in Need of Change.* (novembre 2003)
  http://bcauditor.com/AuditorGeneral.htm
- ☐ Législation
  http://www.qp.gov.bc.ca/statreg

Gouvernement du Yukon

- ☐ Yukon Medical Health Officer. *Yukon Health Status Report 2003.* (janvier 2004)
  http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/healthstatus03.pdf
- ☐ Ministère des Finances. *Budget 2003-2004.* (mars 2003)
  http://www.gov.yk.ca/pubs/2003/budgetspeech.pdf
- ☐ Ministère du conseil exécutif duYukon - Bureau des statistiques. *Yukon Medical Doctor Exit Survey, 2003.* (décembre 2003)
  http://www.gov.yk.ca/depts/eco/stats/onetime/yukonmed_doc_exit.pdf
- ☐ Ministère des Finances. *Public Accounts 2003-2004. Schedule of Expenditures by Department for the year ended March 31, 2004 - Health and Social Services.*
  http://www.gov.yk.ca/depts/finance/publications/public_accounts/pub_accts03-04/2003-04pub_s06.pdf
- ☐ Bureau du vérificateur général du Canada. *Rapport de la vérificatrice générale à l'Assemblée législative du Yukon de 2000 à 2003.* (juin 2004)
  http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut_f.html/Sfile/ 200406yla_fr.pdf
- ☐ Législation
  http://www.gov.yk.ca/legislation/

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

- ☐ Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. Les documents sont disponibles à :
  http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/French/french_index.htm
  - ☐ *Modèle de prestation de services intégrés pour le système de services de santé et services sociaux des TNO.* (mars 2004)
  - ☐ *Système de services de santé et de services sociaux. Plan d'action, 2002-2005.*
  - ☐ *Système de services de santé et de services sociaux des TNO. Plan d'action 2002-2005 – Rapport périodique avril - septembre 2003.* (octobre 2003)
  - ☐ *Mieux-être communautaire en action 2002-2003.* (novembre 2003)
  - ☐ *Nouvelle législation en matière de santé publique aux Territoires du Nord-Ouest — Document de travail.* (juillet 2003)
  - ☐ *Plan d'action pour les personnes âgées : Rapport d'étape sur la mise en oeuvre du Plan d'action pour les personnes âgées.* (juin 2003)

- ☐ Bureau du vérificateur général du Canada. *Rapport de la vérificatrice générale du Canada à l'Assemblée législative des Territoires du Nord-Ouest.* (septembre 2002)
  http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/01nunavut_f.html/$file/200209nwtrpt_f.pdf
- ☐ D'autres documents, comme le Plan d'activités, le Budget principal des dépenses et les Comptes publics sont publiés sur le site Web du Secrétariat du Conseil de gestion financière à l'adresse suivante :
  www.gov.nt.ca/FMBS
- ☐ Législation
  http://www.justice.gov.nt.ca/Legislation/SearchLeg&Reg.htm

Gouvernement du Nunavut

- ☐ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut. *Business Plan 2003-2004.*
  http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/budget/2003/bp/hss.pdf
- ☐ Ministère des Finances. *Budget Address 2004.* (mai 2004)
  http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/budget/2004address.pdf
- ☐ Ministère des Finances. *Main Estimates – Health and Social Services, 2003-2004.*
  http://www.gov.nu.ca/Nunavut/English/budget/2003/hss.pdf
- ☐ Bureau du vérificateur général du Canada. *Rétrospective et perspectives : Premier rapport de la vérificatrice générale à la deuxième législature de l'Assemblée du Nunavut 2004.* (mai 2004)
  http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/reports.nsf/html/01nunavut_e.html/$file/ 2004nla_eng.pdf
- ☐ Législation
  http://www.nunavutcourtofjustice.ca/library/index.htm

Documents de portée nationale sur le système de soins de santé

- ☐ Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. *Rapport final – Guidés par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada* (novembre 2002)
  http://www.hc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index1.html
- ☐ Statistique Canada. *Santé : Facteurs déterminants; Ressources et leur utilisation; Etat de santé*
  http://www.statcan.ca/francais/Pgdb/health_f.htm
- ☐ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
  http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=reports_f

Rapports analytiques : L'ICIS produit une gamme de rapports analytiques à partir de ses fonds de renseignements exhaustifs et de ses activités d'analyse de données. Il est possible de consulter ces rapports à l'adresse URL susmentionnée; ils comprennent, entre autres :

- ☐ *Rapport sur les paiements moyens par médecin, Canada, 2002-2003* (décembre 2004)
- ☐ *Envisager l'avenir : Prévoir la retraite chez les IA au Canada* (juillet 2003)
- ☐ *Du surplus perçu à la pénurie perçue : évolution de la main d'oeuvre médicale* (juin 2002)
- ☐ *Médecins équivalents à temps plein, Canada, 2001-2002* (décembre 2003)
- ☐ *Les soins de santé au Canada, 2004* (juin 2004)
- ☐ *Indicateurs de santé, 2004* (juin 2004)
- ☐ *Tendances relatives au personnel de la santé au Canada, 1993 à 2002* (avril 2004)
- ☐ *Rapport sur la santé de Maclean's* (juin 2003)
- ☐ *L'imagerie médicale au Canada* (septembre 2003)
- ☐ *Rapport sur les catégories du Système de groupement national, Canada, 2001-2002* (mars 2004)

- ☐ *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975-2003* (décembre 2003)
- ☐ *Rapport sur la facturation réciproque au Canada, 2001-2002* (mars 2004)
- ☐ *Nombre, répartition et migration des médecins canadiens, 2003* (août 2004)
- ☐ *Tendances de la main-d'oeuvre des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés au Canada, 2002* (octobre 2003)
- ☐ *Tendances de la main-d'oeuvre des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2002* (septembre 2003)

Projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest canadien

Les travaux sur les objectifs de la deuxième phase du projet de rationalisation des listes d'attente dans l'Ouest canadien ont débuté en avril 2002. Ils comprennent, entre autres, la mise en oeuvre et l'évaluation des instruments de gestion des listes d'attente, l'établissement de périodes d'attente maximales acceptables normalisées liées aux instruments d'évaluation du projet, ainsi que l'adaptation de ces instruments en vue de leur utilisation par les fournisseurs de soins primaires. Les fonds pour l'exécution de ce projet proviennent de Santé Canada, des ministères de la Santé du Manitoba et de la Saskatchewan, du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta et du ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. Bulletins :

http://www.wcwl.org/library/wcwl_newsletters/

Santé Canada

- ☐ *Rapport annuel de 2002-2003 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*
  http://www.hc-sc.gc.ca/medicare/Documents/LCSRA0203.pdf
- ☐ *Réponse de Santé Canada au rapport du vérificateur général* (novembre 1999)
  http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/1999/agfbk29.htm
- ☐ *Programme de contribution pour l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les communautés de langue officielle en situation minoritaire* (23 février 2004)
  http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2004/2004_07bk1.htm
- ☐ *Les ministres FPT de la santé mettent sur pied le nouvel Institut canadien sur la sécurité des patients* (10 décembre 2003)
  http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2003/2003_99.htm
- ☐ *Bâtir de meilleurs lendemains - Annonce du financement d'une initiative multigouvernementale en soins primaires* (27 novembre 2003)
  http://www.hc-sc.gc.ca/francais/media/communiques/2003/2003_91.htm

Autres organismes fédéraux

- ☐ Ministère de la Justice. *Loi canadienne sur la santé, Codification administrative*
  http://lois.justice.gc.ca/fr/C-6/index.html
- ☐ Madore, Odette. *La Loi canadienne sur la santé : aperçu et options* (juin 2003) - Bibliothèque du Parlement
  http://www.parl.gc.ca/information/library/PRBpubs/944-f.htm
- ☐ Bureau du vérificateur général du Canada. *L'appui fédéral à la prestation des soins de santé*
  http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20020903cf.html

Annexe E – Lexique des termes utilisés dans le présent rapport

Les termes compris dans ce lexique sont définis dans le contexte de la Loi canadienne sur la santé. Ils peuvent être définis ou interprétés différemment dans d'autres situations.

Terme	Explication
Absence temporaire	En vertu de la condition d'octroi de la *Loi canadienne sur la santé* portant sur la transférabilité (article 11(1)(b)), le terme « absence temporaire » est utilisé lorsqu'une personne assurée s'absente de façon temporaire de sa province ou de son territoire de résidence pour des raisons liées au travail, aux études ou aux vacances ou pour d'autres raisons qui ne supposent pas que la personne établira sa résidence permanente ailleurs.
Accessibilité	La condition d'accessibilité de la *Loi canadienne sur la santé* (article 12) suppose que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux : ❑ offrent des services de santé assurés selon des modalités et conditions uniformes, d'une manière qui ne compromet pas un accès raisonnable à ces services pour les personnes assurées, soit directement, soit indirectement; ❑ prévoient la prise en charge des services de santé assurés, conformément à un système de paiement autorisé par la loi de la province ou du territoire; ❑ prévoient une rémunération raisonnable de tous les services de santé assurés fournis par les médecins ou les dentistes; ❑ prévoient le versement de montants aux hôpitaux à l'égard du coût des services de santé assurés.
Accord sur l'admissibilité et la transférabilité	Le premier Accord interprovincial-territorial sur l'admissibilité et la transférabilité a été approuvé par les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé en 1971 et mis en place en 1972. L'Accord fixe les normes minimales relatives à l'admissibilité et à la transférabilité interprovinciales-territoriales des régimes d'assurance-santé. Les provinces et les territoires appliquent de leur plein gré les dispositions de l'Accord, facilitant ainsi la mobilité des Canadiens et leur accès aux services de santé partout au Canada. Les provinces et les territoires se réunissent périodiquement pour examiner et réviser l'Accord.
Admission	Acception officielle dans un établissement de santé d'une personne qui requiert, pour une période donnée, des services médicaux ou de santé et l'assignation d'un lit à cette personne.
Assuré	Voir « Personne assurée ».

Terme	Explication
Caisse supplémentaire d'assurance-santé (CSAS)	Caisse, administrée par la Division de la Loi canadienne sur la santé, qui aide les personnes qui ont perdu ou qui n'ont pu obtenir, sans qu'elles en soient responsables, la protection d'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial pour les services de santé assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Cette caisse a été constituée pour la première fois en 1972, époque à laquelle la transférabilité des régimes d'assurance-santé entre les provinces variait et entraînait des divergences dans les règles d'admissibilité selon lesquelles un résident du Canada pouvait ne pas être admissible, de façon temporaire, à un régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire à la suite d'un changement de province ou de statut d'admissibilité à des services de santé (p.ex. renvoi de la GRC ou des Forces canadiennes). L'adoption de la *Loi canadienne sur la santé*, en 1984, a mis un terme aux divergences entre les périodes d'admissibilité des provinces, source de la plupart des préoccupations et raison de l'établissement de la caisse. Le solde de la caisse est actuellement de 28 387 $. Cinq demandes d'indemnisation ont été envoyées à la CSAS depuis 1986. Toutefois, aucune ne répondait aux conditions en matière de remboursement.
Chirurgie	Traitement des maladies, blessures et autres types d'affections par intervention manuelle ou instrumentale pour réparer, enlever ou remplacer un organe, un tissu ou une partie du corps, ou pour extraire des corps étrangers.
Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR)	Voir « Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS) »
Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS)	Le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé, composé de fonctionnaires des ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, a été mis sur pied en 1991 sous le nom de « Comité de coordination de la facturation réciproque (CCFR) ». Le mandat du comité comprend l'identification et la résolution des problèmes administratifs liés aux accords de facturation interprovinciaux/territoriaux pour les services médicaux (rendus par des médecins) et hospitaliers. L'intention générale des ententes de facturation réciproque provinciales/territoriales est de faire en sorte que les Canadiens admissibles ont accès aux services de santé médicalement nécessaires lorsqu'ils sont aiguillés à l'extérieur de leur province ou territoire d'origine, lorsqu'ils voyagent ou durant des déplacements pour études ou travail de courte durée. Le nom du comité a été amendé en 2002 afin de mieux refléter le fait que la portée du Comité englobe également l'admissibilité à la couverture de l'assurance-santé ainsi que les enjeux interprovinciaux/territoriaux sur la facturation.
Condition de communication des renseignements	En vertu de l'article 13(a) de la *Loi canadienne sur la santé*, les gouvernements provinciaux et territoriaux sont tenues de communiquer au ministre fédéral de la Santé, selon des modalités raisonnables, des renseignements touchant les services de santé assurés et les services complémentaires de santé aux fins de l'application de la loi.

Terme	Explication
Condition de gestion publique	La condition de gestion publique, défini à l'article 8 de la *Loi canadienne sur la santé*, vise à assurer que chaque régime d'assurance-santé provincial et territorial soit géré sans but lucratif par une autorité publique qui est responsable devant le gouvernement provincial ou territorial pour cette gestion, et qui est assujettie à la vérification publique de ses comptes et de ses opérations financières.
Condition de reconnaissance	En vertu de l'article 13(b) de la *Loi canadienne sur la santé*, les gouvernements des provinces et des territoires doivent faire état du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) dans tout document public ou toute publicité sur les services de santé assurés et les services complémentaires de santé dans la province ou le territoire.
Demandeur du statut de réfugié	Personne n'ayant pas la nationalité canadienne qui est entrée au Canada et qui demande le statut de réfugié selon la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*. Si la Commission de l'immigration et du statut de réfugié détermine qu'un demandeur est un réfugié au sens de la *Convention de 1951 des Nations Unies relative au statut des réfugiés*, cette personne peut alors demander le statut de résident permanent.
Entente de facturation réciproque des soins hospitaliers	Entente bilatérale conclue entre deux provinces, ou une province et un territoire, ou deux territoires qui permet le traitement réciproque de demandes de remboursement de la province ou du territoire pour des services hospitaliers offerts à des malades hospitalisés et externes. En vertu d'une telle entente, les services hospitaliers assurés sont payables aux taux approuvés de la province ou du territoire d'accueil ou comme il a été convenu par les parties en cause et le Comité de coordination des ententes interprovinciales en assurance-santé (CCEIAS).
Entente de facturation réciproque des soins médicaux	Entente bilatérale conclue entre deux provinces, ou une province et un territoire, ou deux territoires qui autorise le traitement réciproque de demandes de remboursement pour des services médicaux reçus en dehors de la province ou du territoire d'origine et fournis par un médecin autorisé. Lorsqu'une telle entente existe, le service médical assuré est payable selon le taux approuvé par la province ou le territoire de résidence du patient.
Établissement de chirurgie externe	Établissement de soins de santé qui fournit à des malades externes des services de chirurgie de courte durée (chirurgie d'un jour).
Établissement de chirurgie privé	Établissement de soins de santé privé offrant des services de chirurgie.
Établissement de diagnostic privé	Établissement de soins de santé du secteur privé offrant des services de laboratoire et de radiologie, et d'autres services de diagnostic.
Établissement de soins actifs	Établissement de santé où sont fournis des soins ou des traitements aux patients souffrent d'une maladie aiguë ou dont l'état de santé est grave.
Établissement de soins de longue durée	Établissement de soins de santé qui fournit des services médicaux continus et de longue durée à des malades hospitalisés. Les établissements de soins de longue durée ne comprennent pas les maisons de repos.

Terme	Explication
Établissement de soins de santé	Un établissement de soins de santé est un bâtiment ou groupe de bâtiments faisant partie d'une structure organisationnelle commune qui loge le personnel de la santé et de l'équipement médical pour la prestation de services de soins de santé (par ex., diagnostic, chirurgie, soins actifs, soins de longue durée, soins dentaires, physiothérapie) à l'ensemble de la population ou à un groupe particulier de personnes ou de résidents.
Établissement de soins de santé privé (à but lucratif)	Établissement de soins de santé privé qui distribue des dividendes à ses propriétaires, actionnaires, exploitants ou membres, ou qui partage les profits avec eux.
Établissement de soins de santé privé (sans but lucratif)	Établissement de soins de santé privé qui est reconnu comme un organisme sans but lucratif en vertu des lois du gouvernement fédéral, ou du gouvernement provincial ou territorial où se situe l'établissement.
Établissement de soins de santé public	Établissement de soins de santé situé au Canada et administré par le secteur public, qui offre des services de santé assurés par le régime d'assurance-santé de la province ou le territoire à des malades externes et hospitalisés.
Financement des programmes établis (FPÉ)	Adoptée en 1977, la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis*, également connue sous le nom de Loi FPÉ, a remplacé les programmes fédéraux de partage des frais déboursés par les provinces et territoires pour les services médicaux et hospitaliers assurés et pour l'enseignement post-secondaire. Le FPÉ était un transfert global dont la croissance annuelle était lié à la croissance économique et démographique. En vertu du FPÉ, des transferts de fonds et des transferts fiscaux étaient consentis aux provinces et aux territoires pour financer les services de santé et d'enseignement post-secondaire. Les transferts fiscaux étaient calculés d'après la valeur des points d'impôt transférés par le gouvernement fédéral aux gouvernements des provinces et des territoires en 1977. En 1995-1996, la dernière année du FPÉ, les gouvernements des provinces et des territoires ont reçu 22 milliards de dollars au titre du FPÉ (transferts de fonds et transferts fiscaux confondus), dont 71,2 pourcent pour les soins de santé et le reste pour l'enseignement post-secondaire. En 1996, le FPÉ a été remplacé par le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).
Frais modérateur	D'après l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, les frais modérateurs sont des frais d'un service de santé assuré autorisés ou permis par un régime provincial ou territorial d'assurance-santé mais non payables, soit directement soit indirectement, au titre d'un régime provincial ou territorial d'assurance-santé, à l'exception des frais imposés par surfacturation. Voir aussi l'explication pour surfacturation.
Frais de fournitures médicales	Frais admis sous le régime d'assurance-santé d'une province ou d'un territoire pour des articles comme les tampons d'alcool, les instruments et les fils de sutures qui sont utilisés pour la prestation d'un service médical assuré.

Terme	Explication
Habitant	Voir « Résident ».
Honoraires forfaitaires	Frais imposés par un médecin pour des services non couverts par le régime d'assurance-santé provincial ou territorial, tels les consultations téléphoniques, le renouvellement d'ordonnances par téléphone et la préparation de formulaires et de documents.
Hôpital	D'après l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, les hôpitaux comprennent tout établissement et toute partie d'établissement où sont fournis des soins hospitaliers, notamment aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ainsi qu'en matière de réadaptation, à l'exception : des hôpitaux ou institutions destinés principalement aux personnes souffrant de troubles mentaux; et de tout ou partie des établissements où sont fournis des soins intermédiaires en maison de repos ou des soins en établissement pour adultes ou des soins comparables pour les enfants.
Imagerie diagnostique	Technique qui décèle ou détermine la présence de diverses maladies et (ou) diverses affections au moyen d'équipement d'imagerie médicale, dont les densitomètres pour la densité minérale de l'os, les mammographes, les appareils d'imagerie par résonance magnétique, le matériel de médecine nucléaire, les appareils à ultrasons, les tomodensitomètres, les appareils de radiographie et les fluoroscopes.
Inscription familiale	Méthode d'inscription à un régime d'assurance-santé fondée sur l'appartenance à une unité familiale.
Intégralité	Condition de la *Loi canadienne sur la santé* (article 9) qui oblige les régimes provinciaux ou territoriaux d'assurance-santé à couvrir tous les services de santé assurés (hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire) et, lorsque la loi de la province ou du territoire le prévoit, les services fournis par d'autres professionnels de la santé.
Lettre « Epp »	En juin 1985, environ un an après l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* au Parlement, le ministre fédéral de la Santé et du Bien-être social de l'époque, M. Jake Epp, a confirmé la politique fédérale d'interprétation et d'application de la *Loi canadienne sur la santé* dans une lettre à ses homologues provinciaux et territoriaux. La lettre du ministre Epp a été envoyée à la suite de plusieurs mois de consultation avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. La lettre énonce des clarifications de la politique fédérale au sujet des cinq conditions d'octroi, les deux conditions de versement, et les dispositions réglementaires de la loi. Ces éclaircissements sont utilisés par le gouvernement fédéral dans l'évaluation et l'interprétation de la conformité à la loi. La lettre Epp demeure une référence importante pour l'interprétation de la loi. Cette lettre est reproduite à l'Annexe B du rapport.

Terme	Explication
Loi canadienne sur la santé (LCS)	La *Loi canadienne sur la santé* a reçu la sanction royale le 17 avril 1984, avec l'appui unanime de la Chambre des communes et du Sénat. La Loi, qui remplace la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* (1957) et la *Loi sur les soins médicaux* (1968) établit les normes nationales que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux doivent respecter afin de recevoir la pleine contribution en espèces du gouvernement fédéral, prévue dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS).
Malade externe	Personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de santé pour un traitement qui ne requiert pas un séjour d'une nuit.
Malade hospitalisé	Un malade hospitalisé est une personne admise dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement de soins de santé pour un traitement qui nécessite l'hospitalisation pour au moins une nuit.
Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé	Médecin ayant opté pour le retrait du régime d'assurance-santé de leur province ou territoire, de sorte qu'il facture ses patients directement selon le taux provincial ou territorial. Conformément à l'entente touchant le barème d'honoraires, le régime provincial ou territorial rembourse les patients des médecins ayant opté pour le retrait du régime jusqu'à concurrence du montant prévu par le régime pour les services rendus.
Médecin	D'après l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, un médecin est une personne légalement autorisée à exercer la médecine au lieu où elle se livre à cet exercice.
Médecin ou dentiste participant	Médecin ou dentiste autorisé qui est inscrit à un régime provincial ou territorial d'assurance-santé.
Médecin non participant	Médecin oeuvrant tout à fait indépendamment du régime d'assurance-santé provincial ou territorial. Dans ce cas, ni le médecin ni le patient n'est admissible, en vertu du régime d'assurance-santé provincial ou territorial, à une couverture pour les services rendus ou reçus. Un médecin non participant peut donc fixer ses propres honoraires, lesquels sont payés directement par le patient.

Terme	Explication
Omnipraticien	Un omnipraticien est un médecin autorisé qui exerce la médecine à l'échelle communautaire dans une province ou un territoire et qui renvoie les patients à des spécialistes lorsque le diagnostic posé le justifie. Les omnipraticiens peuvent entre autres offrir les services suivants : consultation, diagnostic, référence, conseils sur les soins de santé et la prévention des maladies, chirurgies mineures et prescription de médicaments.
Pénalités obligatoires	Voir « Retenues obligatoires ».
Pénalités discrétionnaires	Voir « Retenues discrétionnaires ».
Personne assurée	En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, un « assuré » ou une « personne assurée » est un habitant d'une province ou d'un territoire, à l'exception : ❑ des membres des Forces canadiennes; ❑ des membres de la Gendarmerie royale du Canada nommés à un grade; ❑ des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier, au sens de la Partie I de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*; ❑ des habitants de la province ou du territoire qui s'y trouvent depuis une période de temps inférieure au délai minimal de résidence ou de carence d'au plus trois mois imposé aux habitants par la province ou le territoire pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés.
Politique fédérale sur les cliniques privées (lettre « Marleau »)	Le 6 janvier 1995, la ministre fédérale de la Santé, M^me^ Diane Marleau, a écrit à chacun de ses homologues provinciaux et territoriaux pour leur communiquer l'interprétation fédérale en ce qui concerne l'inclusion des cliniques privées dans la définition d'« hôpital » dans la *Loi canadienne sur la santé*. La lettre précisait que la définition du terme « hôpital » prévue dans la loi comprend tout établissement qui offre des soins hospitaliers aux personnes souffrant de maladie aiguë ou chronique ou exigeant des services de réadaptation, y compris les établissements de soins de santé connus sous le nom de « clinique ». Elle les informait également de son intention, après le 15 octobre 1995, de considérer les frais d'établissement chargés aux patients par ces établissements et cliniques comme des frais modérateurs. Toute province ou tout territoire ne respectant pas la politique fédérale sur les cliniques privés était passible d'une pénalité en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, calculée à partir du 15 octobre 1995. Ces pénalités constituent des retenues sur les transferts de fonds versés mensuellement dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. L'annexe B du rapport renferme une copie de cette lettre.

Terme	Explication
Prévention et règlement des différends (PRD)	En avril 2002, les gouvernements provinciaux et territoriaux ont adopté un processus de prévention et de règlement des différends qui s'appliquerait à l'interprétation des principes de la *Loi canadienne sur la santé* comme le mentionnait l'honorable A. Anne McLellan, ministre fédérale de la Santé, dans une lettre à l'honorable Gary Mar, ministre de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta. Le processus de prévention et de règlement des différends reliés à la *Loi canadienne sur la santé* engage les gouvernements à continuer de participer activement aux comités fédéraux, provinciaux et territoriaux spéciaux chargés des questions relatives à la *Loi canadienne sur la santé* et à échanger de l'information entre eux, à discuter et à clarifier les points de désaccord qui se présentent. Pour sa part, Santé Canada continuera de faire les évaluations préalables de mesures et de directives provinciales et territoriales qui lui seront demandées. L'annexe C du rapport donne une description plus détaillée de ce processus.
Processus de consultation	En vertu de l'article 14(2) de la *Loi canadienne sur la santé*, le ministre de la Santé doit consulter une province ou un territoire qui présente un manquement potentiel aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement de la Loi avant qu'une retenue discrétionnaire soit imposée à cette province ou à ce territoire.
Produits et services médicaux améliorés	Produits ou services médicaux fournis de pair avec des services assurés. Il s'agit habituellement d'un service ou d'un produit de qualité supérieure qui n'est pas médicalement nécessaire et qui est offert à un patient qui en fait le choix à cause d'une préférence personnelle ou de la commodité du produit.
Réfugié au sens de la Convention	Un réfugié au sens de la Convention est une personne visée par la définition de réfugié au sens de la *Convention de 1951 des Nations Unies relative au statut des réfugiés*. Généralement, il s'agit d'une personne qui, ayant quitté son pays d'origine, craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de ses opinions politiques ou de son appartenance à un groupe social et ne peut ou, en raison de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de son pays d'origine. Au Canada, la Section du statut de réfugié de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié détermine qui est un réfugié au sens de la Convention.
Régime d'assurance-santé	La *Loi canadienne sur la santé* (article 2) définit un régime d'assurance-santé comme le régime ou les régimes constitués par la loi d'une province ou d'un territoire en vue de la prestation de services de santé assurés, où la notion de « services de santé assurés » relève de cette même loi (voir la définition de « services de santé assurés » dans le présent lexique).

Terme	Explication
Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs	Le seul règlement en vigueur en vertu de la *Loi canadienne sur la santé* est le Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs, qui demande aux gouvernements provinciaux et territoriaux de fournir au ministre fédéral de la santé une estimation du montant total de la surfacturation et des frais modérateurs permises dans leur juridiction, avant le début d'un exercice, afin de permettre le prélèvement des retenues obligatoires estimatifs sur les paiements de transfert fédéraux. Le règlement demande aussi aux gouvernements provinciaux et territoriaux de fournir des états financiers indiquant le montant total de la surfacturation et des frais modérateurs effectivement imposé aux patients dans l'exercice afin de réconcilier les retenues avec les montants prélevés. L'annexe A du rapport renferme le texte de ce règlement.
Rémunération à l'acte	Mode de paiement utilisé par les médecins et reposant sur un barème d'honoraires qui précise le coût de chaque service.
Résident	D'après l'articles 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, un résident ou un habitant est une personne domiciliée et résidant habituellement dans une province ou un territoire, et légalement autorisée à être ou à rester au Canada, à l'exception d'une personne faisant du tourisme ou étant de passage ou en visite dans la province ou le territoire.
Retenues discrétionnaires	Les retenues discrétionnaires sont énoncées dans les articles 14 à 17 de la *Loi canadienne sur la santé*. En vertu de ces dispositions de la Loi, le ministre fédéral de la Santé peut autoriser, conformément au Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS), une réduction des paiements fédéraux destinés à une province ou à un territoire qui ne satisfait pas aux cinq conditions d'octroi et aux deux conditions de versement énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*, lorsque ces manquements ne peuvent être autrement résolus par des consultations entre les paliers respectifs de gouvernement. Les montants de ces retenues sont établis en fonction de la gravité du manquement.
Retenues obligatoires	Les provinces et les territoires qui permettent la surfacturation ou l'application de frais modérateurs se verront imposer une retenue obligatoire, d'un montant égal au niveau de la surfacturation ou des frais modérateurs, sur les paiements de transfert fédéraux. Les retenues obligatoires sont décrites dans les articles 20 et 21 de la *Loi canadienne sur la santé*. En vertu de ces dispositions, le ministre fédéral de la Santé peut autoriser que l'on réduise les paiements de transfert à une province ou à un territoire en vertu du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) si l'on relève une violation des dispositions relatives à la surfacturation ou aux frais modérateurs, et si l'on ne peut résoudre le problème par la consultation entre les deux paliers de gouvernement.
Service de chirurgie rendu par un médecin	Aux fins du *Rapport annuel sur l'application la Loi canadienne sur la santé*, un service de chirurgie rendu par un médecin est un service de chirurgie nécessaire sur le plan médical et rendu par un médecin.
Service de diagnostic rendu par un médecin	Aux fins du *Rapport annuel sur l'application de la Loi canadienne sur la santé*, un service de diagnostic rendu par un médecin est un service médicalement nécessaire fourni par un médecin qui décèle ou détermine la présence de maladies ou de problèmes de santé.

Terme	Explication
Service médical assuré	Voir « Services médicaux ».
Services complémentaires de santé	D'après l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, ces services comprennent : les soins intermédiaires en maison de repos, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires.
Services de chirurgie dentaire ***ou*** Services de chirurgie dentaire assurés	D'après l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, ces services comprennent : tout acte de chirurgie dentaire nécessaire sur le plan médical ou dentaire, accompli par un dentiste dans un hôpital, et qui ne peut être accompli convenablement qu'en un tel établissement.
Services de diagnostic aux malades externes	Ces services comprennent les services de santé qui sont fournis dans un établissement de soins de santé pour un traitement qui ne requiert pas une hospitalisation et qui a pour objet de dépister et/ou d'identifier diverses maladies ou affections.
Services de santé assurés	D'après l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, les services de santé assurés sont les services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés, à l'exception des services de santé auxquels une personne a droit ou est admissible en vertu d'une autre loi fédérale ou d'une loi provinciale relative aux accidents du travail.
Services hospitaliers assurés	D'après l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que la Politique fédérale sur les cliniques privées, les services hospitaliers assurés sont les services fournis dans un hôpital ou une clinique aux malades hospitalisés ou externes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé, la prévention des maladies ou le diagnostic ou le traitement des blessures, maladies ou invalidités, à savoir : ❑ l'hébergement et la fourniture des repas en salle commune ou, si médicalement nécessaire, en chambre privée ou semi-privée; ❑ les services infirmiers; ❑ les actes de laboratoires, de radiologie ou autres actes de diagnostic, ainsi que les interprétations nécessaires; ❑ les produits pharmaceutiques, substances biologiques et préparations connexes administrés à l'hôpital ou la clinique; ❑ l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires; ❑ le matériel et les fournitures médicaux et chirurgicaux; ❑ l'usage des installations de radiothérapie; ❑ l'usage des installations de physiothérapie, et ❑ les services fournis par les personnes rémunérées à cet effet par l'hôpital ou la clinique.

Terme	Explication
Services médicalement nécessaires	En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance santé doivent fournir tous les services de santé assurés selon les modalités uniformes, si ces services sont médicalement nécessaires pour le maintien de la santé de leurs résidents. La loi ne définit pas les services médicalement nécessaires. Les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance santé en concertation avec les professionnels de la santé, sont entièrement responsables de déterminer quels sont les services médicalement nécessaires pour le maintien de la santé. Si la province ou le territoire détermine qu'un service est médicalement nécessaire, le coût du service doit en être entièrement défrayé par le régime d'assurance-santé publique pour être conforme aux fins de l'application de la loi. Si un service n'est pas considéré médicalement nécessaire, alors la province ou le territoire n'est pas dans l'obligation d'en défrayer les coûts selon les critères de la loi.
Services médicaux	D'après l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, les services médicaux sont des services médicalement nécessaires fournis par un médecin.
Soins actifs	Ces soins comprennent les services de santé offerts aux personnes souffrant d'une maladie grave et soudaine, et qui doivent recevoir des soins infirmiers professionnels et être sous observation professionnelle de manière continue. Parmi les exemples de soins actifs, on compte l'observation postopératoire dans une unité de soins intensifs, et les services de soins et d'observation pendant l'attente d'une chirurgie d'urgence.
Soins de longue durée	Soins requis par une personne souffrant d'une maladie chronique ou d'une déficience fonctionnelle (physique ou mentale), qui a traversé la phase aiguë de la maladie, dont les processus vitaux peuvent ou non être stables et qui a besoin d'une gamme de services et de traitements médicaux ne pouvant être fournis que dans un hôpital.
Soins de réadaptation	Ces soins comprennent les services de santé offerts aux personnes ayant besoin d'une aide professionnelle pour restaurer des habiletés physiques et fonctionnelles à la suite d'une maladie ou d'une blessure. Mentionnons à titre d'exemple la thérapie dont a besoin une personne qui se remet d'un accident cérébrovasculaire (par ex., physiothérapie et orthophonie).
Spécialiste	Un spécialiste est un médecin autorisé exerçant la médecine dans une province ou un territoire et dont la tâche principale consiste à poser des diagnostics spécialisés et à offrir des traitements spécialisés. Parmi les spécialités on compte, entre autres, l'anesthésie, la dermatologie, la chirurgie générale, la gynécologie, la médecine interne, la neurologie, la neuropathologie, l'ophtalmologie, la pédiatrie, la chirurgie plastique, la radiologie et l'urologie.
Surfacturation	L'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé* définit la surfacturation comme la facturation de la prestation à une personne assurée par un médecin ou un dentiste d'un service de santé assuré, en excédant par rapport au montant payé ou à payer pour la prestation de ce service au titre du régime provincial ou territorial d'assurance-santé.
Tiers-payeurs	Organismes tels que les commissions d'indemnisation des accidentés du travail, les compagnies d'assurance-santé privées, les régimes d'assurance-santé d'un employeur ou d'autres entités qui remboursent des services de santé assurés à leurs clients ou à leurs employés.

Terme	Explication
Transférabilité	Cette condition de la *Loi canadienne sur la santé* (article 11) exige que les régimes d'assurance-santé provinciaux et territoriaux n'imposent pas de délai minimal de résidence ou de carence supérieur à trois mois aux résidents de la province ou du territoire pour qu'ils soient admissibles ou aient droit aux services de santé assurés. En outre, les régimes doivent couvrir et payer les services assurés fournis aux personnes assurées temporairement absentes de la province ou du territoire, et durant toute période de résidence ou de carence imposée par le régime d'assurance-santé d'une autre province ou d'un autre territoire.
Transfert canadien en matière de santé (TCS)	À partir du 1er avril 2004, le TCSPS a été restructuré pour créer deux transferts distincts : le Transfert canadien en matière de santé (TCS) et le Transfert canadien en matière de programmes sociaux (TCPS). Le TCS appuie l'engagement continue du gouvernement du Canada visant à maintenir les conditions et les critères nationaux de la *Loi canadienne sur la santé*. Le TCPS est un transfert global à l'appui de l'enseignement postsecondaire, de l'aide sociale et des services sociaux. Il laisse donc aux provinces et aux territoires la marge de manoeuvre requise pour répartir les fonds entre les différents programmes sociaux en fonction de leurs priorités respectives.
Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux	Entré en vigueur le 1er avril 1996, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS) aux provinces et aux territoires visait à appuyer les soins de santé, l'enseignement postsecondaire ainsi que l'aide sociale et les services sociaux. Le TCSPS a remplacé le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), qui prévoyait un partage des coûts des programmes provinciaux et territoriaux d'aide sociale et de services sociaux, ainsi que le Financement des programmes établis (FPE), qui offrait un financement afin de soutenir les soins de santé et l'enseignement postsecondaire. Le TCSPS était composé d'un transfert en espèces et d'un transfert sous forme de points d'impôt. Les points d'impôt ont été transférés en 1977 lorsque, en vertu du FPE, le gouvernement fédéral a convenu avec les gouvernements provinciaux et territoriaux de réduire ses taux d'imposition du revenu des particuliers et des entreprises dans l'ensemble des provinces et des territoires afin de permettre à ceux-ci de hausser leurs taux d'imposition dans la même mesure. En conséquence, des revenus auparavant destinés au gouvernement fédéral ont commencé à aller directement aux gouvernements provinciaux et territoriaux. Le TCSPS donnait aux provinces et aux territoires la possibilité de répartir les paiements entre les différents programmes sociaux en fonction de leurs priorités, tout en se conformant aux principes de la *Loi canadienne sur la santé* et à la condition qu'il n'y ait pas de période de résidence minimale à l'égard de l'aide sociale.
Universalité	Cette condition de la *Loi canadienne sur la santé* (article 10) exige qu'au titre d'un régime d'assurance-santé provincial ou territorial, cent pour cent des personnes assurées de la province ou du territoire ait droit aux services de santé assurés prévus par celui-ci, selon des modalités uniformes.

Coordonnées des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé

Terre-Neuve et Labrador
Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve et du Labrador
Édifice Confederation
B.P. 8700,
St. John's (Terre-Neuve et Labrador) A1B 4J6
(709) 729-5303
www.gov.nl.ca/health/

Ile-du-Prince-Édouard
Directeur, Soins actifs et soins de longue durée
16, rue Garfield
B.P. 2000
Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard) C1A 7N8
(902) 368-6184
www.gov.pe.ca/hss/aacc-info/

Nouvelle-Écosse
Directeur, Initiatives interorganismes
Bureau du sous-ministre
Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse
B.P. 488
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2R8
(902) 424-5868
www.gov.ns.ca/health/

Nouveau-Brunswick
Ministère de la Santé et du Mieux-être
B.P. 5100
Frédéricton (Nouveau-Brunswick) E3B 5G8
(506) 453-2536
www.gnb.ca/HW-SM

Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy,
Québec (Québec) G1S 2M1
1-800-707-3380
www.msss.gouv.qc.ca/
www.ramq.gouv.qc.ca/index.htm

Ontario
Ministère de la Santé et des soins de longue durée
Direction des communications et de l'information
Services à la clientèle
M1-57, Édifice Macdonald
900, rue Bay
Toronto (Ontario) M7A 1N3
1-888-668-4636
www.gov.on.ca/health/

Manitoba
Centre des services à la clientèle
Ministère de la Santé du Manitoba
300, rue Carlton
Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9
1-800-392-1207
www.gov.mb.ca/health/index.fr.html

Saskatchewan
Ministère de la Santé de la Saskatchewan
3475, rue Albert
Regina (Saskatchewan) S4S 6X6
1-800-667-7766
www.health.gov.sk.ca/ps_benefits.html

Alberta
Régime d'assurance-santé de l'Alberta
B.P. 1360
Edmonton (Alberta) T5J 2N3
(780) 427-1432 (Edmonton)
www.health.gov.ab.ca/ahcip/

Colombie-Britannique
Ministère des Services de santé
B.P. 9050, Stn Prov Govt
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 9E2
1-800-465-4911
www.healthservices.gov.bc.ca/
health@moh.hnet.bc.ca

Yukon
Yukon Health Care Insurance Plan
B.P. 2703
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6
www.hss.gov.yk.ca/hsframe.html

Territoires du Nord-Ouest
Administration des services de santé
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Service de sac no 9
Inuvik (Territoires du Nord-Ouest) X0E 0T0
1-800-661-0830 ou 1-867-777-7413
www.hlthss.gov.nt.ca

Nunavut
Gouvernement du Nunavut
Ministère de la Santé et des Services sociaux
B.P. 1000, Station 1000
Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0
1-867-975-5700
www.gov.nu.ca/hss.htm